

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

13
2ej

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL AGUASCALIENTES

FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES ASOCIADOS
A CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES
DERECHAHABIENTES DEL I.S.S.S.T.E EN
AGUASCALIENTES



ISSSTE

BIENESTAR
UNIDAD SOCIAL ESCUELA
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION

Libro No. 11 Hoja 55
Folio No. 191
Fecha de Expedición 11 - Julio - 1997

JEFE DE ENSEÑANZA DE UNIDAD MEDICA
O DIRECTOR DE LA ESCUELA

TRABAJO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MA DE LOURDES CAMARILLO CALZADA

AGUASCALIENTES, AGS

1 DE ENERO DE 1999

271432

1

TESIS CON
FALLA 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.

**FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES ASOCIADOS A CÁNCER
CERVICOUTERINO EN MUJERES DERECHOHABIENTES DEL I.S.S.S.T.E.
EN AGUASCALIENTES**

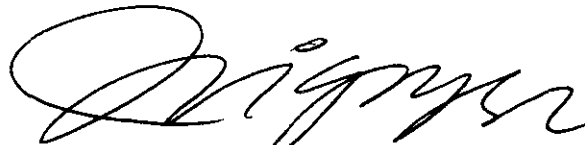
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

MA DE LOURES CAMARILLO CALZADA

AUTORIZACIONES:



**DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

J. GUADALUPE Y ELOISA

POR SER HASTA LA FECHA EJEMPLOS A SEGUIR EN PERSEVERANCIA,
RECTITUD, RESPETO Y AMOR AL PROJIMO.

A MIS HIJOS

JEAN HANSEL E INGRID GRETEL

POR SU COMPRESION, ATENCION, PACIENCIA Y SER MI MAYOR MOTIVACION
PARA MI SUPERACION CONTINUA.

A MIS HERMANOS

JAVIER, HILDA, GUADALUPE, MANUEL, LETY, SERGIO, LUIS, ELO, NORMA,
HECTOR.

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

A TODOS Y CADA UNO DE MIS MAESTROS

A LA DRA. TERESA DE JESUS DE ALBA CALDERA

AL DR. HUMBERTO MELENDEZ DE LA TORRE

AL DR. JESUS PEREZ HERNANDEZ

AL PERSONAL DE ARCHIVO CLINICO Y TRABAJO SOCIAL

A MIS COMPAÑERAS DEL CURSO:

MINERVA, VICTORIA, MAGDALENA, ELISA, BERTHA, MARÍA ELENA

INDICE GENERAL

	Pág
MARCO TEORICO	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
JUSTIFICACION	19
OBJETIVOS	21
METODOLOGIA	22
RESULTADOS	27
DISCUSION	42
CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
ANEXOS	51

MARCO TEORICO

El cáncer de cervix, es quizás el más importante cáncer al cual está sometida la humanidad, es el más frecuente después del mamario. (1).

Los estudios de George N Papanicolaou, en 1934 dieron nacimiento a la citología; el método se llama papanicolaou.

En 1943 papanicolaou publicó su artículo del "Diagnóstico del cáncer cervicouterino por fróntis vaginal"

Schavensteiner en el año 1908 encontró lesiones carcinomatosas superficiales en el cuello uterino, que denominó "Epitelio superficial carcinomatoso". (1,2,4).

El término carcinoma In Situ, se utiliza desde 1932 en el que Broders lo aplicó a algunas lesiones de la piel.

En 1989, Richart propone el concepto de NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) para la displasia y el carcinoma In Situ del cuello uterino, siendo estos aspectos importantes del problema del cáncer cervico uterino, en donde la invasión se ha reconocido que puede ocurrir en cualquier fase del NIC aunque es más frecuente que se presente en el NIC III, siendo este grado de lesión más importante que los precursores. Según estos estudios, el riesgo inmediato de invasión no puede ser aún predecible. (1,2,4).

La prueba de Schiller ideada en 1928, fue muy utilizada para biopsias dirigidas en caso de anomalías de la citología cervico uterina antes del advenimiento de la colposcopia.

La colposcopia nació en Alemania en 1925 por la obra de Hans Hinsselman director de la clínica de Ginecología de la Universidad de Hamburgo (1).

El cáncer cervical es uno de los cánceres más comunes, que representa el 6% de todas las neoplasias malignas en mujeres. Se estima que cada año hay 16,000 casos nuevos de cáncer cervical invasivo en los E.U. y 5,000 defunciones. El pronóstico de esta enfermedad se ve afectado marcadamente por el grado de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Debido a que una gran mayoría (más del 90%) de estos casos pueden y deben ser detectados tempranamente a través de la prueba de Papanicolaou, la tasa de mortalidad actual es mucho más alta de lo que debería ser y refleja que, aún en la actualidad, las pruebas de Papanicolaou no se efectúan en aproximadamente un tercio de las mujeres. (5)

La singular facilidad de acceso al cervix para estudios histológicos y citológicos, así como examen físico directo, ha permitido el estudio intensivo del cáncer uterino incipiente y el aprendizaje considerable acerca de la histogénesis de los cánceres cervical y endometrial. Aunque tales conocimientos distan todavía de ser completos, revelan que muchos de estos tumores tienen comienzo gradual, no explosivo, y que las lesiones predecesoras pueden existir en forma reversible que va seguida de una etapa de cáncer in situ, o superficial durante algunos años. Se ha observado que la enfermedad es más frecuente en mujeres de posición socioeconómica baja, con primer coito a edad temprana, prostitutas, mujeres que practican el coito con muchos compañeros y, posiblemente, las infectadas por el virus del herpes simple tipo 2 o el virus del papiloma humano. Por otra parte, en mujeres negras hay índices de carcinomas cervicales invasivo e in situ del doble, si se comparan con blancas; pero la pobreza ha resultado de mayor importancia que el grupo étnico. Es posible que también intervengan factores genéticos y socio económicos (6).

La frecuencia de cáncer cervicouterino sigue siendo uno de los principales tumores en la mujer, y contribuye con un número nada despreciable de defunciones a nivel mundial (6)

En México, el cáncer cervicouterino (CaCu) ocupa el primer lugar en la mortalidad por tumores malignos, seguido por el cáncer de mama. Anualmente, se detectan alrededor de 150 mil casos de cáncer cervicouterino. Este es un problema de salud pública en nuestro país, ya que del total de casos registrados, aproximadamente 40 mil mueren. El CaCu está asociado en muchos casos a la presencia del virus del papiloma humano (pvh), y el riesgo de infección es mayor en las personas que mantienen relaciones sexuales con más de una pareja. (6,7.).

Numerosos estudios epidemiológicos registrados en la literatura han establecido una asociación positiva entre el carcinoma de cuello uterino y múltiples factores sociales interdependientes. Se observa una mayor incidencia entre los negros y los norteamericanos descendientes de mejicanos, y esto está sin duda relacionado con los niveles socioeconómicos inferiores. El mayor número de casos de carcinoma de cuello uterino en mujeres multíparas está probablemente relacionado con otros factores, como la edad al casarse y la edad en el primer embarazo. Estos hechos, combinados con la alta incidencia de la enfermedad en prostitutas, llevaron a la firme conclusión de que el coito a temprana edad y la promiscuidad sexual aumentan la posibilidad de desarrollar (CIN).

El nivel económico está interrelacionado, ha una asociación entre pobreza, matrimonio a temprana edad y maternidad juvenil, exposición continua a múltiples parejas sexuales.

El hábito de fumar también aparece en la actualidad como un factor independiente en el proceso de la enfermedad.

Un número cada vez mayor sugiere que la mujer puede ser colocada dentro de un riesgo elevado por su pareja sexual, aún cuando no satisfaga los requerimientos de relaciones prematuras y parejas múltiples. La historia sexual del compañero sexual es tan importante como la de la mujer.

Los datos epidemiológicos sugieren fehacientemente que la adolescente está en riesgo. Esto se debe probablemente a que existe una metaplasia activa. Como hay una proliferación activa de transformación celular de epitelio cilíndrico a metaplásico pavimentoso, aumenta la posibilidad de interacción entre el carcinógeno y el cuello uterino.

En los últimos años, el factor masculino en la epidemiología de esta lesión ha suscitado considerable interés. Se sabe que el carcinógeno debe ser transmitido a través del coito. Al parecer, ciertos hombres son más "carcinogénicos" que otros y la carcinogénesis está relacionada con la ocupación del hombre.

La mayoría de las mujeres de nivel socioeconómico bajo tienen mayor riesgo de desarrollar un carcinoma cervical.

Hace tiempo que los estudios epidemiológicos hicieron intervenir en la patogenia a un agente de transmisión sexual, basándose concretamente en los factores de riesgo del cáncer de cervix, y que son: 1) la edad temprana del primer coito; 2) las parejas sexuales numerosas, y 3) una pareja masculina que ha tenido muchas parejas sexuales anteriormente. Todos los demás factores de riesgo están supeditados a estas tres influencias, sobre todo el gran número de parejas sexuales. Los posibles factores de riesgo que siguen siendo poco conocidos son: el empleo de anticonceptivos orales, el hecho de ser fumador, el número de

partos habidos, la historia familiar, las infecciones genitales asociadas y la falta de circuncisión en la pareja sexual masculina.

Respecto a los agentes de transmisión sexual, actualmente se considera al virus del papiloma humano como un factor importante en la oncogénesis del cervix. Este virus es el agente causal de los condilomas acuminados de la vulva que se transmiten por contacto sexual y ha sido aislado en los carcinomas epidermoide vulvares y vaginales, además, se sospecha que es un agente cancerígeno en otros tumores epidermoides distintos o en lesiones proliferativas de la piel y las mucosas(8).

El HSV-2 es considerado una infección de transmisión sexual. Muchos de los primeros datos que sugerían la relación entre el virus y el C IN fueron sustentados por la incidencia de pacientes con cervicitis herpética detectada citológicamente.

En la actualidad, la mayoría de las investigaciones no consideran al HSV-2 un serio candidato como agente etiológico de la neoplasia cervical.

Las técnicas moleculares para la identificación del DNA del virus del papiloma humano (VPH) son altamente sensibles y específicas. Se estima que más de 6 millones de mujeres en los estados unidos tienen infección de VPH y la interpretación apropiada de estos datos es importante. Estudios epidemiológicos demuestran convincentemente que el factor de mayor riesgo para el desarrollo de carcinomas pre-invasores o invasores del cervix es la infección de VPH, el cual sobrepasa en gran manera otros factores conocidos de riesgo, tales como alta paridad, mayor número de compañeros sexuales, temprana edad de las primeras relaciones, estado socioeconómico bajo e historia positiva de fumar. Algunos pacientes con infección VPH parecen tener un incremento mínimo

del riesgo de desarrollar tumores cervicales pre-invasores, mientras otros parecen tener un riesgo significativo y son candidatos para programas intensivos de detección y/o intervención temprana.

Hay cada vez más pruebas de la relación del virus del papiloma humano con el cáncer en general y con el cáncer de cervix en especial; 1) el ADN del virus del papiloma humano se ha detectado mediante técnicas de hibridación en un 85%, aproximadamente, de los cánceres del cuello uterino y en un 90%, aproximadamente, de las lesiones precancerosas y de los condilomas cervicales. 2) Determinados tipos de virus del papiloma humano se asocian al cáncer de cervix (los de alto riesgo) frente a los que se asocian a los condilomas (los de bajo riesgo); los tipos de virus de bajo riesgo son: los tipos 6, 11, 42 y 44, y los de alto riesgo son los tipos 16, 18, 31 y 33. 3) Los estudios in vitro indican que los tipos de alto riesgo del virus del papiloma humano poseen la capacidad de producir la transformación maligna en un cultivo de células, y esta capacidad está vinculada a ciertos oncogenes virales (los genes E6 y E7), que difieren en sus secuencias entre los tipos de virus del papiloma humano de alto riesgo y los de bajo riesgo.

Estos argumentos no achacan al virus del papiloma humano un papel exclusivo. Un elevado porcentaje de mujeres jóvenes está infectada con uno o más tipos del virus del papiloma humano durante los años de la reproducción y sólo en algunas aparece un cáncer. Otros agentes cocarcinógenos, el estado inmunitario de cada individuo, la nutrición y otros muchos factores, influyen en que la infección por el virus del papiloma humano permanezca en forma subclínica (latente). Se convierta en una lesión precancerosa, o avance hasta acabar produciendo un cáncer, además, un 15% de

los cánceres del cervix no se asocian al virus del papiloma humano, lo que indica que existen otras formas de desarrollo del cáncer, como las mutaciones en los genes del huésped. (8)

La razón de que el frotis de Papanicolaou sea una prueba de detección selectiva tan eficaz en la profilaxis del cáncer del cuello uterino es que la mayoría de los tumores van precedidos de una lesión precancerosa. Esta lesión puede existir ya en la fase no invasora nada menos que durante 20 años y pueden estar desprendiéndose células anormales que, a veces, se descubrirán en el examen citológico.

Estas lesiones precancerosas deben enjuiciarse teniendo en cuenta que: 1) las lesiones precancerosas constituyen un todo continuo de cambios morfológicos cuyas fronteras están bastante mal delimitadas; 2) dichas lesiones no siempre evolucionan hacia la formación de un cáncer y pueden retroceder espontáneamente, además del riesgo de que persistan o que evolucionen hacia un cáncer conforme aumenta la intensidad de la lesión precancerosa, y 3) se asocian al virus del papiloma humano , y los tipos de "alto riesgo" del virus del papiloma humano se encuentran cada vez con más frecuencia en las lesiones precursoras de grado más elevado.

Las lesiones precancerosas del cuello uterino se han clasificado de diversas maneras. El sistema más antiguo es el de la displasia – carcinoma in situ además de la displasia ligera en un extremo, y la displasia grave/ carcinoma in situ en el otro. Otro es la clasificación de la neoplasia intraepitelial del cervix (NIC), donde las displasias ligeras se llaman NIC de grado I y las lesiones del carcinoma in situ se denominan NIC III. Incluso hay otro donde estas entidades se reducen a dos, que se llaman lesiones intraepiteliales de bajo grado y de alto grado.

La NIC comienza casi siempre en la unión cilindroescamosa, en la zona de transformación. Las lesiones NIC de menor grado, como los condilomas, lo más probable es que no avancen, mientras que las lesiones que contienen grados más intensos de atipia celular son de más riesgo. Un tercio y dos tercios, aproximadamente, de las lesiones NIC I y NIC II, respectivamente, persisten o avanzan hasta convertirse en lesiones de alto riesgo. Es importante tener presente que no todas las lesiones comienzan como condilomas o como NIC I, y que pueden incorporarse en cualquier punto del espectro, dependiendo del tipo de virus del papiloma humano asociado y de otros factores del huésped. Las tasas de evolución desfavorable no son, en modo alguno, homogéneas y, aunque el tipo de VPH es un posible factor de predicción del comportamiento de una lesión, es difícil adelantar el pronóstico en un determinado paciente. Estos hallazgos subrayan que el riesgo de cáncer sólo en parte se adquiere a través de un tipo del virus del papiloma humano y que depende también de otros carcinógenos o alteraciones genéticas que influyen o hacen que se modifique la evolución de un precáncer. Desde el punto de vista pronóstico, las lesiones que han evolucionado por completo (NIC III) son las de mayor riesgo. La NIC III se asocia más frecuentemente al cáncer invasor cuando este último se identifica. La evolución hacia un carcinoma invasor, cuando ocurre, puede tardar en producirse desde unos meses hasta más de 20 años. ((8).

La mayor parte de las displasias son diagnosticadas en las mujeres después de los 20 años de edad. El cáncer in situ se presenta de manera significativa entre los 30 a 39 años de edad y el carcinoma invasor después de los 40 años. (8,9).

El cáncer de cervix y sus precursores evolucionan lentamente a lo largo de muchos años. En este intervalo, el único signo de la enfermedad puede ser el desprendimiento de las células anormales del cuello uterino. Por esa razón suele pensarse que el frotis de Papanicolaou debe realizarse en todas las mujeres después de haber llevado una vida sexual activa. El examen citológico descubre simplemente la posible presencia de una lesión cervical precancerosa o de un cáncer; no hace el diagnóstico del mismo en absoluto, pues eso requiere el estudio histológico de unas muestras de biopsia adecuadas. La identificación de las alteraciones es más fácil mediante el examen colposcópico del cuello uterino, donde las lesiones NIC se caracterizan por la presencia de placas blancas en el cervix después de aplicar ácido acético sobre el mismo. Además, pueden apreciarse unos dibujos punteados o un peculiar mosaico vascular. Los dibujos vasculares muy anormales acompañan con regularidad al cáncer invasor del cuello uterino. En último término, cuando estos tumores se manifiestan clínicamente suelen producir hemorragia vaginal irregular, leucorrea, dispareunia o sangrado con el coito y disuria.

CLASIFICACION CLÍNICA

El término **etapa** se refiere a la extensión clínica de la enfermedad; el de **clase**, a los resultados del frotis citológicos, y el de **grado**, a la diferenciación del tumor en el examen histológico.

La clasificación clínica del cáncer cervical es, como su nombre lo indica, una evaluación que debe confirmarse de preferencia con anestesia; no se modifica si los resultados de la operación o tratamiento ulterior revelan avance adicional de la enfermedad. Es

apropiado considerar que las neplasia de etapa I ya tengan metástasis microscópicas en ganglios linfáticos pélvicos en algunos casos pero los signos clínicos macroscópicos bastan para designar la etapa, de conformidad con la clasificación internacional.

La versión mas reciente de la clasificación de la FIGO es la siguiente:

Etapa 0. Carcinoma in situ o intraepitelial

Etapa I. Carcinoma limitado al cervix (se hace caso omiso de su extensión al cuerpo del útero.)

Etapa Ia. Carcinomas cervicales preclínicos, diagnosticados solo con examen microscópico.

Etapa Ia1. Invasión mínima del estroma, evidente con el microscopio.

Etapa Ia2. Lesiones detectadas con el microscopio y mensurables. El límite superior de tamaño debe ser profundidad e invasión de mas de 5 mm. Medida desde la base del epitelio del cual se origina sea superficial, o glandular, con una segunda dimensión de diseminación horizontal que no debe exceder de 7 mm. Las lesiones que sobrepasen estos límites se clasifican en la etapa 1b.

Etapa 1b. Lesiones con dimensiones mayores que las de la etapa Ia2, sea que se aprecien clínicamente o no. La afección vascular no debe modificar la etapa de clasificación pero debe registrarse para determinar si ha de tener efecto en las decisiones terapéuticas futuras.

Etapa II. Carcinoma con extensión extracervical, sin que afecte ala pared pélvica; hay afección vaginal que no abarca el tercio inferior.

Etapa IIa. Sin afección parametrial evidente.

Etapa IIb. Afección parametrial evidente.

Etapa III. Carcinoma que se extiende a la pared pélvica. A la palpación rectal no se identifica un espacio sin afección cancerosa entre el tumor y la pared pélvica. La neoplasia abarca el tercio inferior de la vagina. Incluye todos los casos con hidronefrosis o insuficiencia.

Etapa IIIa. Sin extensión a la pared pélvica.

Etapa IIIb. Extensión a la pared pélvica con hidronefrosis o sin ella o con insuficiencia renal.

Etapa IV. Carcinoma con extensión mas allá de la pelvis verdadera, o afección clínica de la mucosa vesical o rectal. El edema buloso no basta para la clasificación en esta etapa.

Etapa IVa. Diseminación a órganos adyacentes.

Etapa IVb. Diseminación a órganos distantes. (6,9,10)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuales son los factores de riesgo más frecuentes en la mujer derechohabiente del ISSSTE en Aguascalientes y su asociación con papanicolaou cervicovaginales anormales?

JUSTIFICACION

Siendo el cáncer Cérvico Uterino, la neoplasia que ocupa el primer lugar como causa de muerte en las mujeres entre 40 y 50 años; los aspectos preventivos toman especial relevancia y obligan al médico aplicar acciones primarias, o sea lograr diagnósticos precoces para poder establecer tratamientos oportunos.

Mientras en países desarrollados la incidencia y la mortalidad debidas a este padecimiento han decrecido de manera significativa en este siglo, en los países pobres o en vías de desarrollo no se ha observado este descenso y, en particular, los países de América Latina se han caracterizado por notificar las mayores tasas de incidencia en todo el orbe.

En México en el último cuarto de siglo la mortalidad ha mostrado una tendencia ascendente. Esta neoplasia es poco frecuente entes de los 25 años; ocupa el segundo lugar en el grupo de 25 a 34 años y el primero en las mujeres de 35 a 54 años. A partir de esa edad disminuye.

En consecuencia, la identificación de individuos con alto riesgo puede condicionar una mejor selección de la población blanco para el tamizaje con citología exfoliativa.

No existen antecedentes del problema en el ISSSTE; para la evaluación del impacto sobre su ocurrencia y letalidad.

No existen trabajos que hayan relacionado factores de riesgo con su ocurrencia.

Para conocer los factores de riesgo más frecuentes relacionados con el cáncer cervicouterino en la población derechohabiente del ISSSTE se decidió realizar esta investigación, como un paso inicial sobre la frecuencia de este padecimiento a fin de identificar los factores de riesgo susceptibles de modificar en la población.

El programa de detección oportuna de cáncer en Medicina Preventiva dentro del ISSSTE aumento a partir de 1997, pero aún existen mujeres que no acuden a realizarse este estudio.

Espero que con ello se implementen campañas en la población de mujeres que no acuden regularmente para la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y si aunado a esto agregamos el elevado porcentaje de falsos negativos que pudiera existir.

El presente estudio nos permitirá ubicar en cierta proporción la magnitud del problema, establecer programas adecuados y crear una mayor conciencia del problema y finalmente contar con datos de referencia para investigaciones futuras.

Que los programas de medicina preventiva en el ISSSTE en Aguascalientes, se les dé más énfasis a detectar factores de riesgo aumentando los programas educativos para las pacientes.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados a cáncer cervico-uterino en la mujer derechohabiente del ISSSTE, en Aguascalientes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. - Conocer cuales son los factores de riesgo más frecuentes en la población estudiada.
2. - Identificar la frecuencia de displasias y cáncer cervicouterino.
3. - Determinar edad, estado civil, tabaquismo, antecedentes personales patológicos, antecedentes Gineco-Obstetricos, antecedentes de la pareja sexual.
- 4.- Señalar tipo de tratamiento recibido en las pacientes con alteraciones celulares.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizo un estudio prospectivo, observacional, descriptivo de corte transversal.

POBLACION LUGAR Y TIEMPO.

El estudio se llevó acabo en la Clínica Hospital tipo B, del ISSSTE en Aguascalientes; que incluye la zona urbana y rural, con una población total de 107,221 derechohabientes, de los cuales 42 221 son mujeres y 8 958 corresponden a mujeres de 30 a 40 años.

El periodo comprendido fue; del 1 de enero de 1993 al 30 de diciembre de 1994, habiéndose incluido también los resultados de estudios del 1 de enero de 1997 al 30 de mayo de 1997.

TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA.

Es no aleatoria por cuotas.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Se incluyeron a todas las mujeres derechohabientes de 30 a 40 años con factores de riesgo y papanicolaou cervico-vaginales anormales que acudieron a medicina preventiva, las cuales aceptaron ser parte de la investigación, en los meses 1º de enero de 1993 al 30 de diciembre de 1994 y 1º de enero al 30 de mayo de 1997.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Se excluyeron a todas las mujeres con factores de riesgo y papanicolaou cervico-vaginales anormales menores de 30 años y mayores de 40 años.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Se eliminó a las personas que dieron falsos datos con respecto a la hoja de identificación de cédula de Papanicolaou y no correspondía con resultados de Papanicolaou y entrevista

INFORMACION A RECABAR.

Variables a determinar:

Cuantitativas: edad, embarazos, partos, inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales, número de cigarrillos.

Cualitativas: Enfermedades de transmisión sexual, hábitos higiénicos, estado civil, resultados de Papanicolaou

Se realizo un interrogatorio sobre:

Ficha de identificación: nombre, edad, domicilio, registro federal de causantes.

Antecedentes Personales no Patológicos:

Escolaridad, ocupación, estado civil, religión, tabaquismo actual y anterior, (social de fin de semana).

Antecedentes heredo familiares: Cáncer de cualquier tipo en la familia.

Antecedentes Personales Patológicos: diabetes, hipertensión arterial, cardiovasculares, quirúrgicos.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: Menarca, embarazos, partos, abortos, cesáreas, fecha de ultima regla, inicio de vida sexual

activa, número de compañeros sexuales, primer papanicolaou, a que edad, frecuencia de realización de papanicolaou, enfermedades de transmisión sexual, metas de planificación familiar, biopsias, tratamientos.

Se interrogo sobre antecedentes a la pareja sexual.

Edad, profesión, ocupación, tabaquismo, estado civil circuncisión, enfermedades de transmisión sexual, tratamientos.

METODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Se revisaron las libretas de medicina preventiva de toma de papanicolaou cervico-vaginales anormales en mujeres de 30 a 40 años de primera vez y subsecuentes, en el lapso del 1° de enero al 30 de diciembre de 1993 y 1° de enero al 30 de diciembre de 1994, incluyendo los resultados del 1° de enero al 30 de mayo de 1997, con un total de 5 480 papanicolaou.

En 1993 se tomaron 2 265 papanicolaou y de estos 886 pertenecían a mujeres de 30 a 40 años, correspondiendo 9.8% de las 8 959 mujeres en edad de 30 a 40 años encontrando 24 anormales y solamente 11 correspondían a mujeres de 30 a 40 años.

En 1994 se tomaron 1 919 papanicolaou, 684 pertenecían a mujeres de 30 a 40 años, correspondiendo un 7.65% de las 8 959 mujeres de 30 a 40 años, 2 fueron anormales y correspondían a mujeres de 30 a 40 años.

En 1997, (5 meses), se tomaron 1 296 papanicolaou; 607 pertenecían a mujeres de 30 a 40 años, correspondiendo un 6.7% de las 8 959 mujeres de 30 a 40 años, 29 papanicolaou anormales y 14 correspondían a mujeres de 30 a 40 años.

Se encontraron 56 papanicolaou anormales, perteneciendo 29 a mujeres de 30 a 40 años de las cuales fueron excluidas 2 mujeres por no ser derechohabientes del ISSSTE y no pertenecer al rango de 30 a 40 años de edad.

El archivo clínico del ISSSTE facilitó los expedientes para hacer el seguimiento encontrando que no existen notas de la evolución o tratamientos que se les dio a las pacientes.

El área de trabajo social citó a las pacientes; algunas por vía telefónica y en otras la cita se realizó por medio de telegrama, se formuló un cuestionario el cual se tomo como base para encuestar a las pacientes (anexo N° 2).

La información fue analizada con el método estadístico de Sttugart presentándose la información en gráficas y tablas

CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo a la declaración de Helsinki ésta información nó daña física ni psicológicamente a las pacientes.

Las personas de la investigación consintieron voluntariamente en entrar a este estudio.

Se preservó la veracidad de los resultados.

RESULTADOS.

Del total de pacientes estudiadas, con edades de 30 a 40 años, 27 papanicolaous fueron anormales, la edad promedio de papanicolaous anormales fue de 36 años y la mayor frecuencia de papanicolaou anormales se dio entre los 39 y 40 años

En cuanto el nivel educativo encontramos 2 mujeres con primaria, 8 con secundaria, 5 con preparatoria, 9 con normal básica y 3 profesionistas (gráfica 2).

El estado civil de las pacientes: casadas 17, solteras 3, divorciadas 2, unión libre 3, viudas 2 (gráfica 3).

El tabaquismo fue clasificado en leve, moderado y severo; 19 pacientes (70.3%) con antecedentes de tabaquismo (cuadro 2, gráfica 4).

El porcentaje mayor de mujeres inicio su Menarca a los 13 años (moda), la edad menor de aparición fue a los 9 años y la de mayor edad de aparición fue a los 15 años (gráfica 5).

En cuanto al promedio de eventos obstétricos de 27 mujeres en edad fértil de 30 a 40 años el 7.41% (2) habían tenido un solo parto, el 29.6% (8) dos partos, el 22.2% (6) tres partos, el 14.8% (4) cuatro hijos, el 14.8% (4) cinco hijos, el 11.1% (3) seis hijos; encontrando que en nuestra población no existen mujeres con paridad mayor de seis; que el 33.33% de los eventos obstétricos se solucionaron a través de operación cesárea y el 12.22% termino en aborto. Tabla número 3 y gráfica 6. El inicio de vida sexual activa promedio se observo a los 22 años ($x = 21.66$) y la mayor frecuencia de vida sexual activa fluctuó entre los 22 a 24 años (gráfica 7).

Por lo que respecta al número de compañeros sexuales el 66.6% presento un solo compañero sexual, el 18.5% dos compañeros sexuales y el 14.8% tres compañeros sexuales; dos de estas mujeres con tres compañeros sexuales tenían antecedentes de haber sido violadas (gráfica 8).

La frecuencia de realización de papanicolaou: 7.4% nunca, 62.96% cada año y el 29.62% en forma irregular (gráfica 9).

Los agentes infecciosos más frecuentemente asociados fueron: VPH, siguiendo en orden de frecuencia *Gardenella vaginalis*, *Trichomona vaginalis* e infecciones mixtas (gráfica 10).

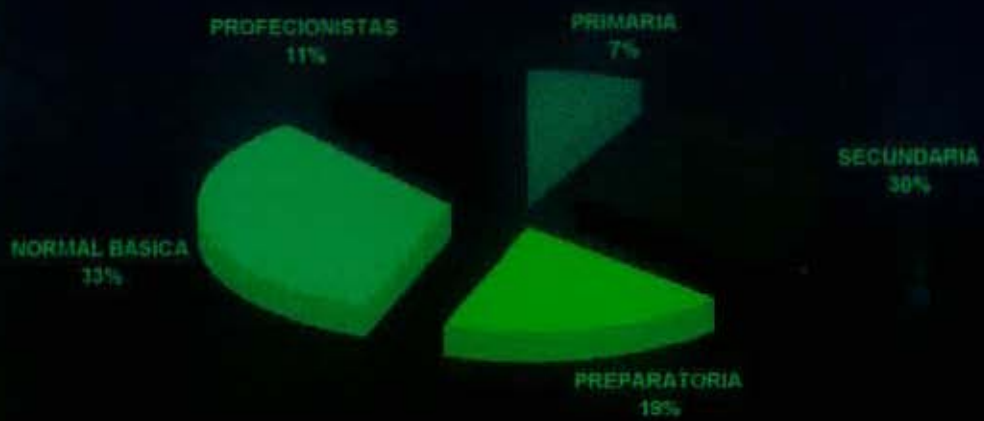
La planificación familiar por método revelo que: 25 pacientes (92.60%) utilizan algún método de planificación familiar; 2 pacientes (7.40%) no utilizan algún método de planificación familiar, el método más usado es el DIU (29.6%) 8 pacientes. (Gráfica 11).

La terapéutica ofrecida a las pacientes con citología de displasia, en las cuales se realizo biopsia, 16 de estas pacientes terminaron en histerectomía, 9 pacientes con regresión a la normalidad con tratamiento médico, 2 pacientes con radioterapia y quimioterapia (gráfica 12).

Las anormalidades epiteliales del cuello uterino fueron: NIC I (7) pacientes, NIC II (7) pacientes, NIC III (4) pacientes, cáncer cervico-uterino (4) pacientes (cuadro 6, gráfica 13).

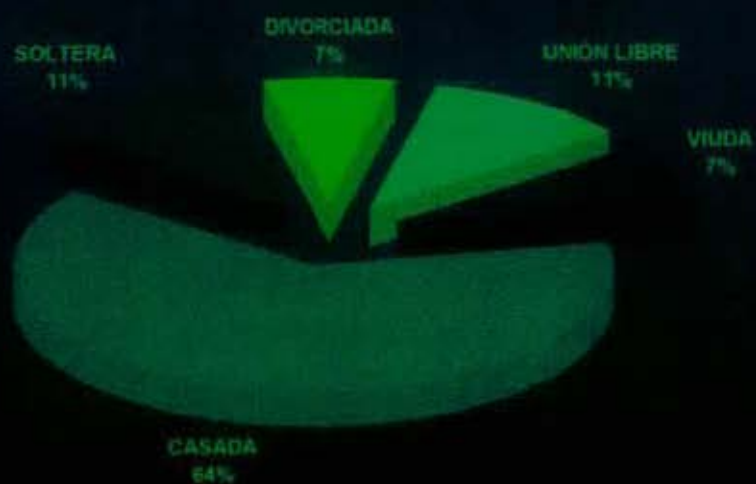
Se entrevistaron 10 parejas sexuales encontrándose que, el 60% fuma, 8 hombres con una pareja sexual, uno con dos y uno con tres, ninguno de los entrevistados está circuncidado.

NIVEL EDUCATIVO



GRAFICA 2

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES



GRAFICA 3

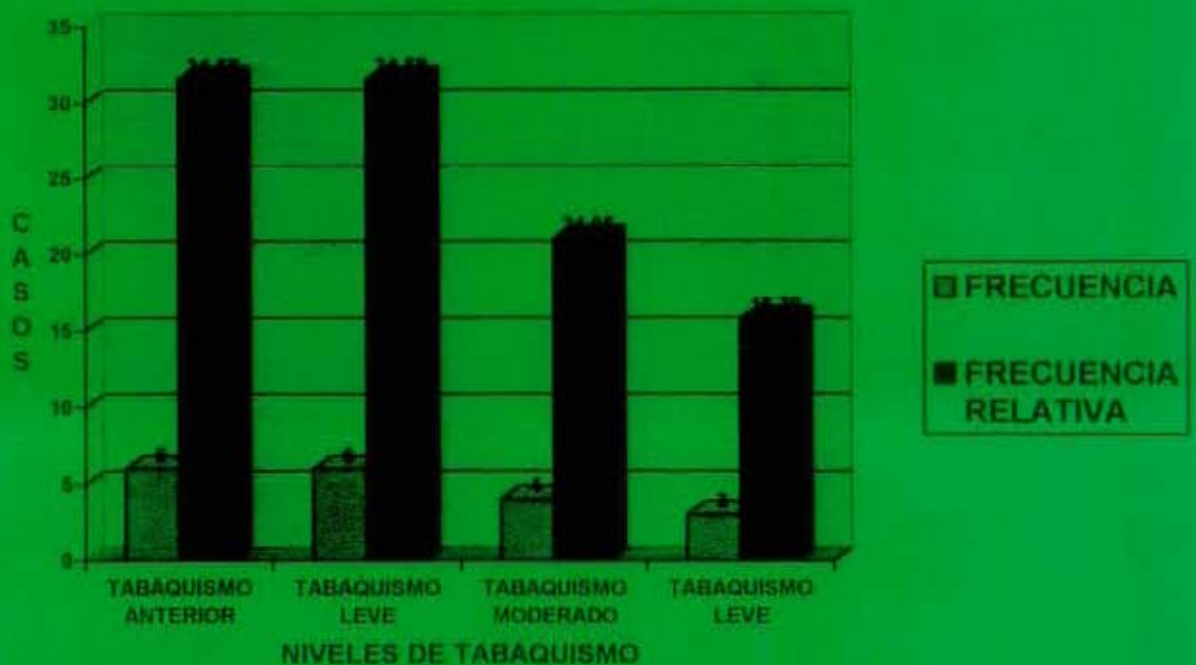
FACTORES DE RIESGO

TABAQUISMO

NIVELES DE TABAQUISMO	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
TABAQUISMO ANTERIOR	5	31.58
TABAQUISMO LEVE	6	31.58
TABAQUISMO MODERADO	4	21.05
TABAQUISMO SEVERO	3	15.79
TABAQUISMO ACTUAL	19	100

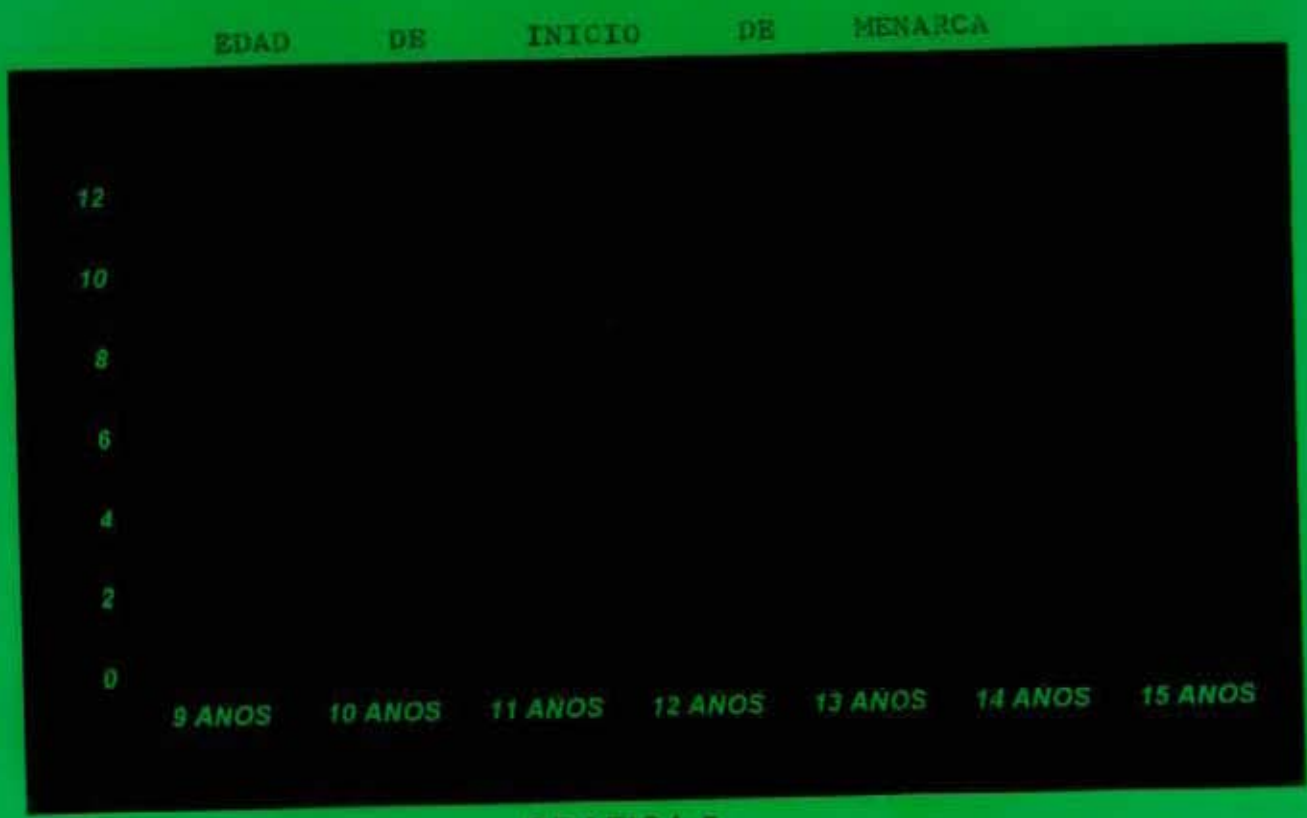
CUADRO 2

FACTORES DE RIESGO



GRAFICA 4

C
A
S
O
S



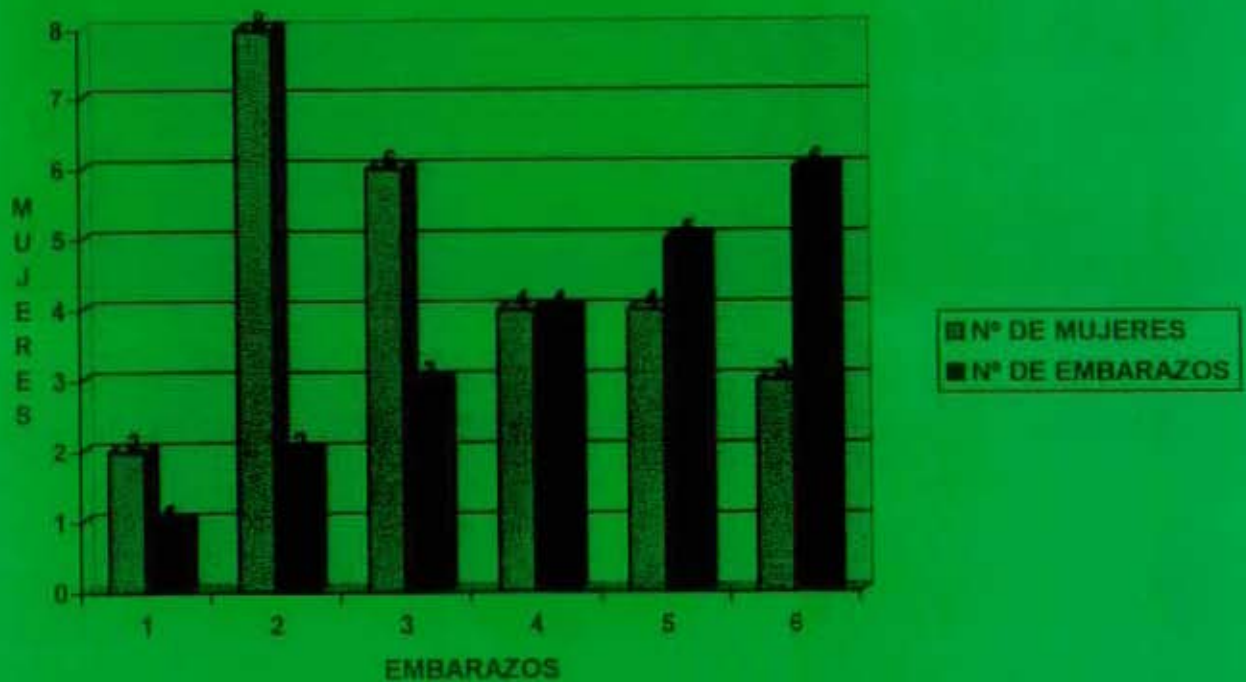
GRAFICA 5

EVENTOS OBSTETRICOS

	EMBARAZOS		CESAREA		ABORTO	
	CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%
0	0	0	12	44.5	10	70.38
1	2	7.4	4	14.8	5	18.5
3	8	29.7	7	25.9	3	11.11
4	6	22.3	4	14.8	3	11.11
5	4	14.8	-	-	-	-
6	4	14.8	-	-	-	-
7	3	11	-	-	-	-
TOTALES	27	100	27	100	27	100

CUADRO 3

CORRELACION DE EMBARAZOS Y PACIENTES



GRAFICA 6

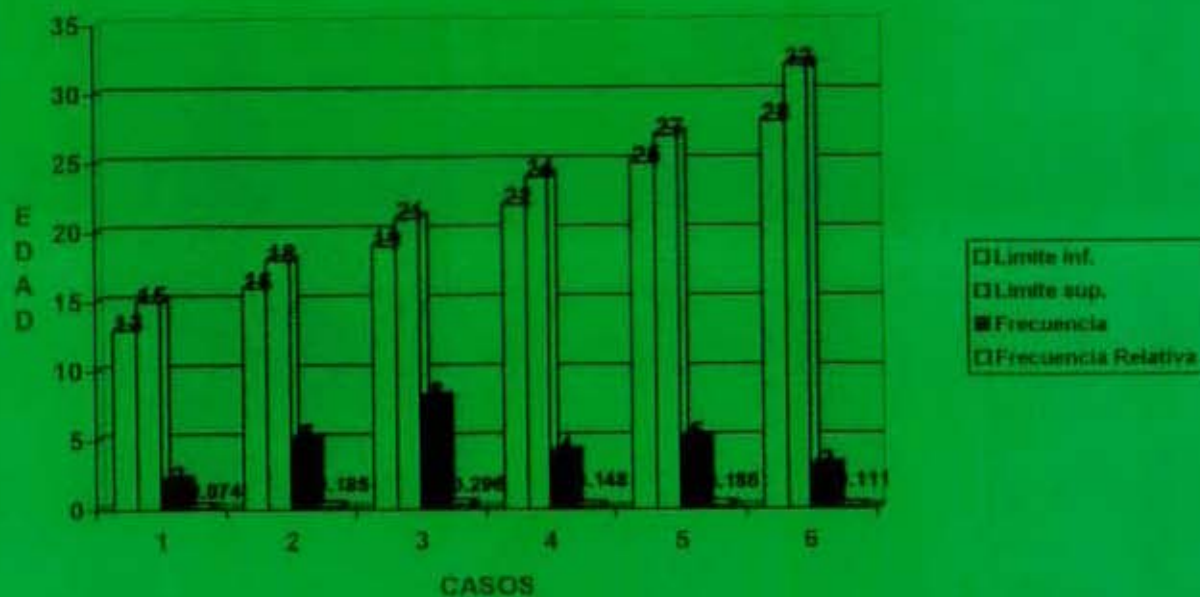
FACTORES DE RIESGO

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

Nº de Clases	Limite inf.	Limite sup.	Frecuencia	Marca de clase	XF	Frecuencia Relativa
1	13	15	2	14	28	0.074
2	16	18	5	17	85	0.185
3	19	21	8	20	160	0.296
4	22	24	4	23	92	0.148
5	25	27	5	26	130	0.185
6	28	32	3	30	90	0.111
			27			0.999

CUADRO 4

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA



GRAFICA 7

FACTORES DE RIESGO

COMPAÑEROS SEXUALES



GRAFICA 8

FRECUENCIA DE REALIZACION DE PAPANICOLAOU



GRAFICA 9

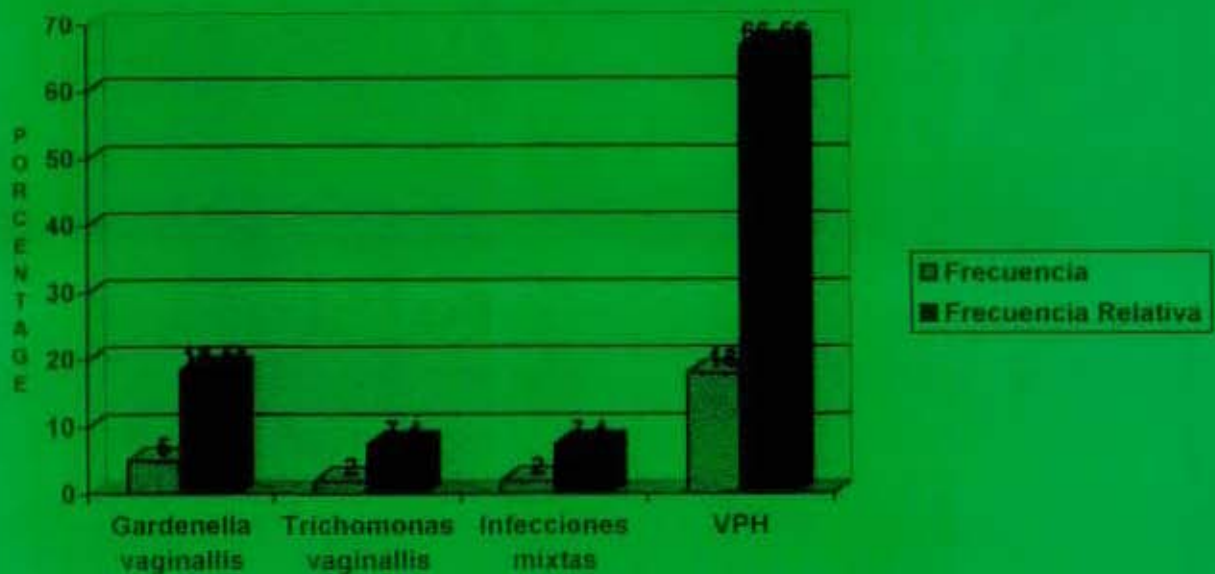
FACTORES DE RIESGO

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL MAS FRECUENTES

AGENTES CAUSANTES DE ENFERMEDADES	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
<i>Gardenella vaginalis</i>	5	18.61
<i>Trichomonas vaginalis</i>	2	7.4
Infecciones mixtas	2	7.4
VPH (Virus del Papiloma H.)	18	68.66

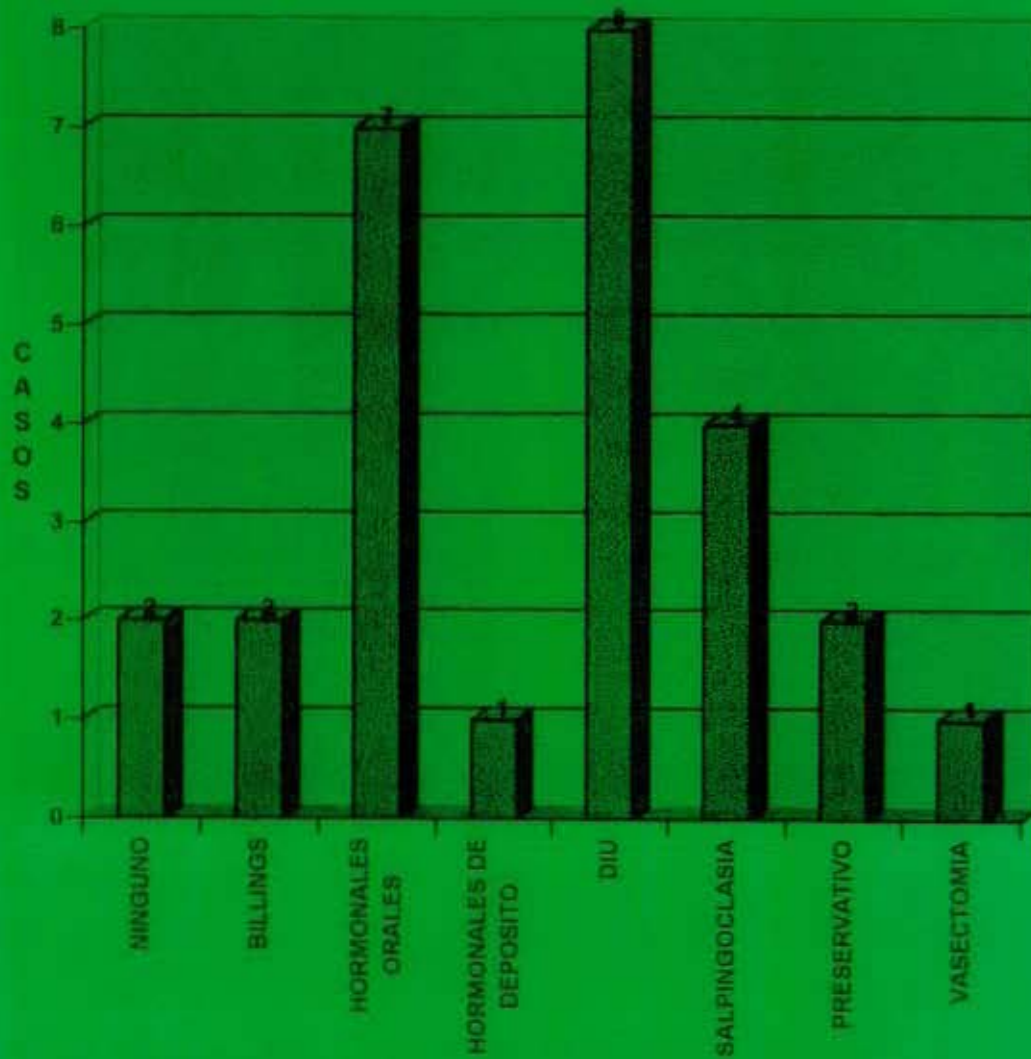
CUADRO 5

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL MAS FRECUENTES



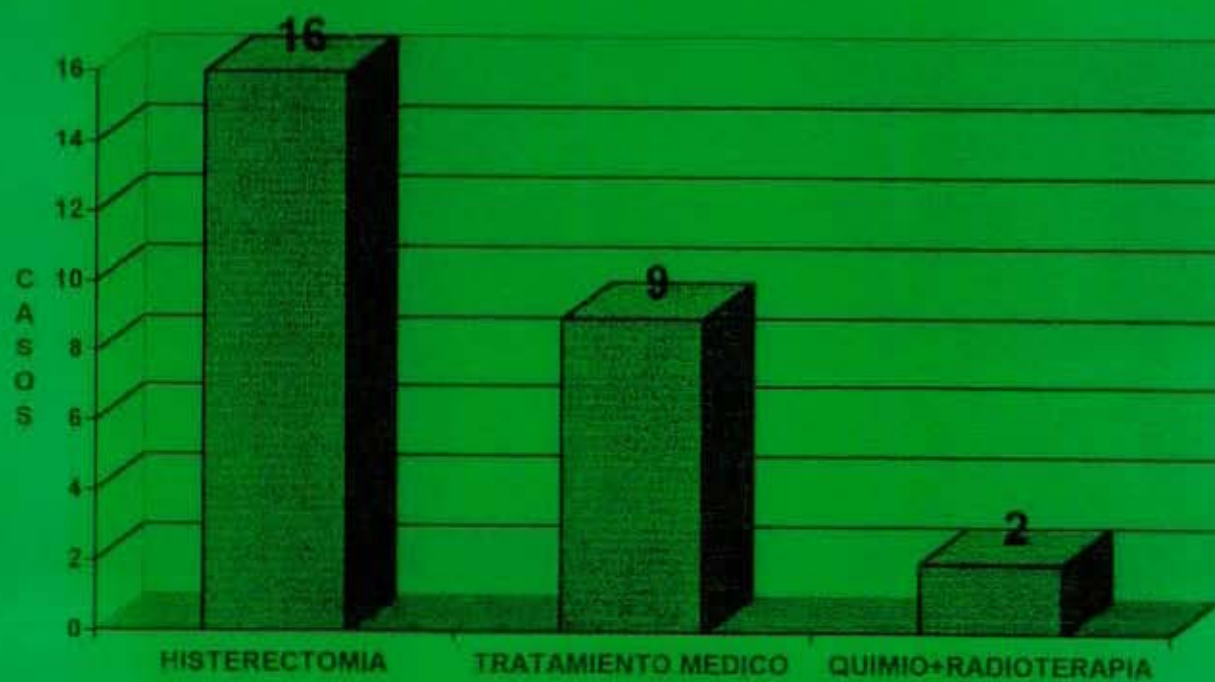
GRAFICA 10

PLANIFICACION FAMILIAR POR METODO



GRAFICA 11

TERAPEUTICA OFRECIDA A LAS PACIENTES

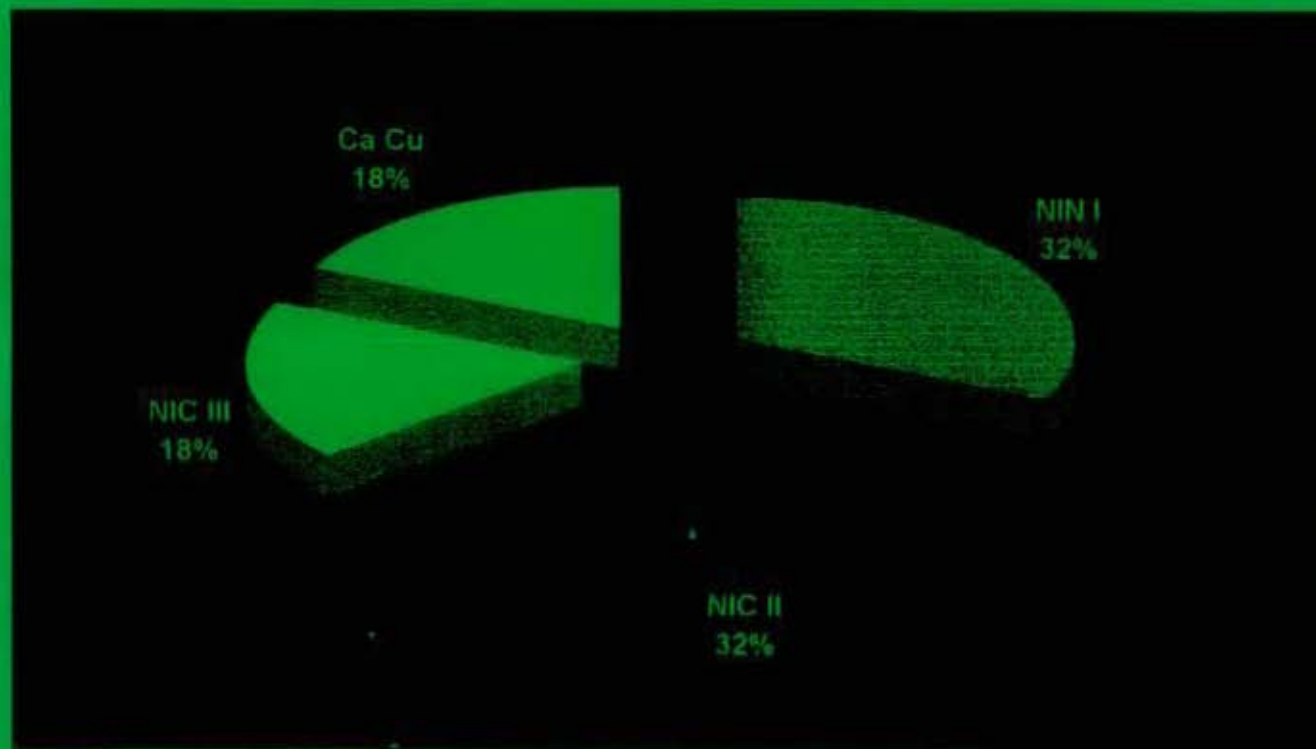


GRAFICA 12

ANORMALIDADES EPITELIALES DEL CUELLO UTERINO EN
MUJERES DE 30 A 40 AÑOS

EDAD	NIC I	NIC II	NIC III	Ca Cu
30	0	0	0	0
31	0	1	1	0
32	0	0	0	0
33	0	1	0	0
34	1	0	1	1
35	1	1	0	0
36	1	0	0	1
37	2	0	0	0
38	1	2	1	0
39	1	0	0	0
40	0	2	1	2
TOTAL	7	7	4	4

CUADRO 6



GRAFICA 13

DISCUSION.

El presente estudio describe la frecuencia de factores de riesgo y su asociación a cáncer cervico-uterino, habiendo encontrado que los estudios en la Clínica del ISSSTE son escasos, no habiendo información relativa a la morbilidad, no existe algún boletín informativo.

Es importante destacar que en estudios reportados por el IMSS, Aguascalientes es uno de los estados con menor mortalidad, aquí en el estado no se tienen datos en el ISSSTE.

En los últimos años, el cáncer cervico-uterino se ha mantenido como la 2º neoplasia en orden de frecuencia en la población derechohabiente del IMSS; sin embargo para la población femenina se ha ubicado en primer lugar, en el ISSSTE no hay estadísticas

La Dra. Georgina Corey, encontró que la mayor frecuencia de Papanicolaou anormal se da en clases bajas, en este estudio no se hizo investigación de esta variable

Se encontró que el 62.96 % de nuestras pacientes tienen escolaridad a nivel profesional

Las pacientes con tabaquismo se encontraron hasta en un 70%.

En el área metropolitana de la Cd. De México, se determino la aparición de la menarca a la edad de 12.4 años, en este estudio, el promedio fue a los 13 años, coincidiendo dichas cifras en casi todo el país.

Los aspectos ginecológicos y obstétricos se han relacionado con la enfermedad, dentro de los cuales se encuentran, la edad de la menarca, la menopausia y la multiparidad. (21). En el presente estudio se encontró una disminución de la fecundidad.

Se considera que a mayor instrucción de la mujer, es un factor que coadyuva al cambio de actitud en cuanto al papel que debe

desempeñar la mujer dentro de la familia y sociedad; en la medida que las mujeres llegan a niveles de escolaridad mas altos, menor es el promedio de embarazos (22).

Correlacionado con este estudio a mayor escolaridad hubo disminución en el inicio de la vida sexual activa, disminución de embarazos y menor frecuencia de papanicolaou anormales, se observó que los primeros estudios de papanicolaou que se realizaron las mujeres en edad fértil se hicieron hasta varios años después de iniciada su vida sexual activa. Tomando en cuenta que es una población cautiva del ISSSTE.

Se han identificado, también diversos grupos religiosos en los cuales el padecimiento es menos frecuente, dentro de los que se encuentran monjas católicas, mormones y judíos. Se podría suponer que la baja frecuencia se debe a los patrones de conducta sexual de estos grupos y a la presencia de circuncisión en los varones, en especial los judíos (23) Más, sin embargo, en nuestro medio de los que se investigaron, la religión predominante fue católica, considerando que una tercera parte tuvo más de una pareja sexual ,probablemente sean dos o más compañeros sexuales, y que ninguna de las parejas sexuales estudiadas tenían circuncisión, aumentando el riesgo de que se contraiga el Virus del papiloma humano como lo señala el Dr. Ricardo Rosales Ledezma investigador del Departamento de Biología Molecular del IIBM y otros autores

CONCLUSIONES

- 1.- La mayor frecuencia de reportes de papanicolaou cervico-vaginales anormales en la población estudiada fue a los 36 años.
- 2.- Entre los factores de riesgo más relevantes se encontraron las infecciones de transmisión sexual, vírales (VPH), múltiples contactos sexuales, tabaquismo, no estando asociado en forma relevante la multiparidad, o el inicio de vida sexual activa a temprana edad, en este estudio.
- 3.- Los tratamientos ofrecidos a las pacientes fueron en su mayoría radicales.
- 4.- La frecuencia de displasias y factores de riesgo arrojada en este estudio son susceptibles de modificación. Debe de realizarse una historia clínica adecuada a la mujer buscando factores de riesgo, educación continua a las pacientes, aumentar el número de tomas de citologías cervico-vaginales de 1º vez y subsecuentes, siendo este el primer nivel de búsqueda para lesiones premalignas del cervix.
5. - Los datos clínicos en la solicitud para detección oportuna de *cáncer cervicouterino*, son importantes para valorar nuevos estudios citológicos, por lo cual debe ser más completo, adecuándose la forma actual, agregando incluso datos de la pareja sexual.
6. - Es necesario contar con un método que identifique la lesión como la COLPOSCOPIA para poder emplear ambos procedimientos citología-colposcopia para disminuir el factor de error humano y los falsos negativos y detectar los falsos positivos de la citología inicial, demostrar realmente los NIC y las infecciones por el VPH.
7. - Es necesario un conocimiento veraz de su frecuencia y distribución en las diferentes regiones del país, desarrollar

proyectos de investigación epidemiológica para poder modificar o evitar aquellas conductas de alto riesgo para el desarrollo de esta enfermedad.

De acuerdo a los factores de riesgo que se encontraron en nuestra población, que distan en algunos aspectos con los reportados por otros autores, se deben implementar medidas que cubran a grupo de alto riesgo.

Siendo el cancer cervicouterino la principal causa de muerte en México después del mamario, consideré de importancia conocer cuales son los factores de riesgo más importantes en la mujer derechohabiente del ISSSTE, y conocer qué se estaba haciendo al respecto.

Considero que el presente estudio trasciende, que es bueno; a pesar de que sus resultados solo tengan un valor estimativo, debido a que no existían suficiente información estadística.

Se debe de seguir haciendo investigación respecto al presente trabajo, aprovechando que actualmente se cuenta con un Gineco Obstetra dedicado exclusivamente a tratar este tipo de pacientes.

Se debe de hacer la difusión a nivel médico para la realización de los papanicolaou en toda mujer con y sin factores de riesgo ya que por medio de este se previenen enfermedades importantes de transmisión sexual y la detección temprana del cáncer cervicouterino.

Los resultados de estudios de papanicolaou deberán ser mencionados en las notas médicas de expedientes, siendo una fuente valiosa de información, debiéndose entregar la original a la paciente y la copia quedar archivada en expedientes, de esa manera, llevaremos un control y detección oportuna de cáncer cervicouterino.

Una vez detectadas las pacientes con factores de riesgo, se realizará seguimiento o se canalizará a trabajo social para llevar el control de esas pacientes en forma más integral.

Se debe elevar el número de tomas de papanicolaou de primera vez y subsecuentes para poder ofrecer a las pacientes una terapia preventiva , evitando así los altos costos de las terapéuticas curativas en estadios más avanzados.

El médico familiar y no familiar debe de tomar papanicolaou con conocimiento de la técnica adecuada.

Hacer promoción de la salud a niveles básicos de educación.

BIBLIOGRAFÍA

1. - De Palo, Stefanon B: Infección por el virus del papiloma. En: De Palo G. (ed): Colposcopia y Patología del tracto genital inferior. Buenos Aires, Argentina, editorial Médica Panamericana, 1992; 147-200
- 2.- Brinton L.A; Herrero R; Reeves W.C. De Britton R.C. Gaitán E; Tenorio F: Risk factors for cervical cancer by histology. Gynecol Oncol 51:301-306. 1993
3. - Fernández Cid A, López Marín L. Citopatología Ginecológica y Mamaria. De. Salvat. 1984.
4. - Falcone T, Ferenczy A. Cervical Intraepithelial neoplasia and Condyloma: and Análisis of Diagnostic Accuracy of post. Tratment Follow-Up methods, 1986; 154 (2): 260-264.
5. - Cisneros CM, Esponzoza RR, Pineda CB, González CA. Mortalidad por cáncer de la Mujer Mexicana. Salud Pública Mex. 1987; 29: 299.
6. - Reeves W, Brenes M, Britton R. et al. Cervical Cáncer in the Republic of Panamá. Am J. Epidemiol 1984; 119: 714-724.
7. - Herrero R, Brinton LA Reeves WC, et al. Factores de riesgo de Carcinoma Invasor del Cuello Uterino en América Latina. Bol. Sanit Panam. 1990: 109 (1): 6-26.
8. - Benitez BI y Quiñones SL. El Cáncer, ¿ Un problema de salud en México ' Rev. Med. IMSS, 1991; 29 (3).
9. - Zur Hausen H. (1991) Science 254; 1167-1172. Aremis M. Willie, A. & Bird C. (1990) Human Pathology, 21; 686-698.
10. - Valdespino, GV y Cols. Panorama Epidemiológico del Cáncer en México, 1987. Gaceta med. de México. 1992; 128 (3).

11. - Juarez-Vergara P, Meza-Banda S. Cáncer cervicouterino y Citología exfoliativa Revista. Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva. México: IMMS 1986, 36-39
12. - Cisneros MT, Espinosa R, Pineda BE. Mortalidad por cáncer de la mujer mexicana. Salud Publica Mex. 1987; 29: 299-312.
13. - Williams- MA; Kenya-PR; Mati-JK; Thomas-DB. Risk factors for Invasiva Cervical Cáncer in Kenian Woman, Int-J- Epidemiol. 1994 oct.; 23 (5): 906-12
14. - Olezkowicz-KL; Kresch_GM; Paiter_JT Pap Smear Screening in Family Physicians Offices in a Rural Area With a High Cervical Cáncer Fam-Med; 1994 nov-dec; 26 (10): 648-50.
15. - Chen-CM; Shyu-Mp; Au-Lc; Chu-Hw; Cheng-WT; Análisis of Deletion of the Integrated Human Papalovavirus 1^o6 Sequence in Cervical Cáncer. J-Med-Virol. 1994. Oct; 44 (2): 206-11.
16. - Cisneros CM, Espinosa RR, Pineda CB, González CA. Mortalidad por Cáncer de la mujer mexicana. Salud Pública Mex. 1987; 29: 299.
17. - Levi-F; LA-Vecchia-C; Randimbison-L. et al. Incidence, Mortality and Survival From Invasive Cervical Cáncer in Vaud, Switzerland, 1974-1991. ANN- oncol. 1994 oct; 5(8): 747-52.
18. - Muñoz-N; Kato-I; Bosch-FX; et.al. Cervical Cáncer and Herpes Simplex Virus Type2: Case Control Studies in Spain and Colombia, with special reference to inmunoglobulin-6 sub-classes. Int-J-Cancer. 1995 Feb8; 60(4): 438-42.
19. - Fasal E, Simmon ME, Kampert JB. Factors associated with high and low risk of cervical neoplasia. J Natl Cáncer Inst 1981; 66:631-636

20. - Alvarez F. Jorge; Bustos L; Hector Zambrano C; Características Epidemiológicas en mujeres con esterilidad y lesiones cervicales con o sin infección por virus del papiloma humano (VPH), estudio comparativo. Ginecología y Obstetricia de México, 1998 ; 66:157-163
21. - Brinton LA, Fraumeni JF. Epidemiology of uterine cervical cáncer. J chron Dis 1986; 39:1051-1065.
22. - Herrero R, Brinton LA, Reves WC, et al. Factores de riesgo de carcinoma invasor del cuello uterino en América Latina. Bol. Saint Panam 1990; 109(1): 6-26.
23. - Harris RW, Brinton LA, Cawdell RH, et al. Characteristics of woman with dysplasia or carcinoma in situ of the cervix uterine. Br HÇJ cáncer 1980; 42:359-369.
24. - Encuesta Demográfica y de la Salud. IRD/MACRO international adolescent woman in Sub-Sahara ofica; Achart book on marriage and child bearing. Washington: populatan reference burean 1992.
25. - Gardner JW, Lyon JL-Low incidence of cervical cáncer in Utah. Gynecol Oncol 1977; 5:68-80.
26. - Ramírez HJ y Rojas CM. Valor de la citología cervicovaginal en cáncer cervicouterino. Cancerología 1992; 38(4).
27. - Dillner-J; Wiklund-F; Lenner-P; et al. Antibodies Against Linear and Conformational, Epitopes of Humen Papilomavirus Type 16That Independently Associate With Inciden Cervical Cáncer. Int-j-cáncer 1995 jan 27, 60(3): 377-82.
28. - Devessa SS, Pollack ES, Young JL. Assessing the validity of observet cáncer incidence trends. Am J epidemiol 1984; 119:274-291.

29. - Gissman L. Relación de papilomavirus humano con el cáncer
Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana,
1989:137-142.

30. - Ma. Eugenia Salas Mondragón Dra. y Col. En Comunicación
Educativa en Salud Reproductiva y Planificación Familiar; Ia. de
México, D.F. 1989. p. 43-50.

ANEXO #1

ENTREVISTA diseñada como parte del protocolo de investigacion de factores de riesgo con papanicolaou anormales en mujeres de treinta a cuarenta años que acudieron a medicina preventiva en la clinica hospital del I.S.S.S.T.E. en Aguascalientes, Ags.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Domicilio _____

RFC _____ Edad _____

AHF

APNP

Escolaridad _____ Ocupacion _____

Estado Civil _____ Religion _____

Tabaquismo ___ a) No ___ b) 1-10 ___ c) 10-20 ___ d) + de 20 ___

Sedentarias _____

APP

Diabetes ___ Enf. Cronico Degenerativas ___ Antec. Qx ___

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarca ___ Gesta ___ Para ___ Abortos ___ Cesarias ___ F.U.R ___

Inicio VSA ___ # Compañeros Sexuales ___ Primer Papanicolaou
a que edad ___ Frecuencia de PAP ___ Dx del ultimo PAP _____

E.T.S. _____ Metodos de Planificacion Familiar _____

Tratamientos _____ Biopsia _____ Tratamientos _____

CONTINUACION ANEXO #1

PAREJA SEXUAL

Edad _____ **Profesion** _____ **Ocupacion** _____

Tabaquismo _____ **a) No** _____ **b) 1-10** _____ **c) 10 -20** _____

d) + de 20 _____ **# de Compañeras Sexuales** _____

Estado Civil _____ **Circuncision** _____ **E.T.S.** _____

Tratamientos _____