

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS

"CARLOS J. FINLAY"

CAMAGÜEY

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO "MANUEL ASCUNCE DOMENECH"

**ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO EN MUJERES CON CONDILOMAS
ACUMINADOS**

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE DOCTOR EN CIENCIAS MÉDICAS

Autor: Dra. Telma Margarita Ferrá Torres

CAMAGÜEY

2009

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS

"CARLOS J. FINLAY"

CAMAGÜEY

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO "MANUEL ASCUNCE DOMENECH"

**ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO EN MUJERES CON CONDILOMAS
ACUMINADOS**

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE DOCTOR EN CIENCIAS MÉDICAS

Autor: Dra. Telma Margarita Ferrá Torres

Tutor: Dr. CM. Julián Manzur Katrib

Co-Tutor: Dr. C. Gaspar Barreto Argilagos

Asesor: Dr. CM. Jorge Santana Álvarez

CAMAGÜEY

2009

DEDICATORIA

A la memoria de:

Mis padres.

Edu, mi hada madrina.

Dr. Enrique J. Llanos Clavería, mi primer Maestro en dermatología.

AGRADECIMIENTOS

Largo y tortuoso ha sido el camino, pero al fin, he logrado culminar esta tesis. Muchos han contribuido: familiares, amigos, discípulos, colegas y desconocidos para mí hasta ese momento. Estos últimos brindaron su cooperación y apoyo a esta también desconocida para ellos; agradezco a esta tesis el haberlos conocido, solo por ello valió la pena el emprender este escarpado sendero.

Al Dr. CM. Julián Manzur Katrib, que accedió gentilmente a ser el tutor.

Al Dr. C. Gaspar Barreto Argilagos que me tomó de la mano y me condujo con paciencia, sabiduría y bondad. A su esposa y suegra, que me abrieron las puertas de su hogar.

Al Dr. CM. Jorge Santana Álvarez por brindarme parte de su escaso tiempo libre para la confección y orientación de esta investigación.

A la Dra. C. Biol. Maria Julia Machado Cano que me mostró el camino a seguir.

A los trabajadores del Policlínico universitario “José Martí Pérez”.

A todos los que me brindaron su apoyo, amor y confianza, gracias por existir. Muchas gracias.

SÍNTESIS

Se argumenta un algoritmo para diagnosticar precozmente el cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados en el municipio Camagüey. Incluye secuencia de acciones, medios de diagnóstico, educación sanitaria y capacitación del personal médico. Se diagnostica como inadecuado el conocimiento sobre la infección por papiloma virus humano de los especialistas que atienden a dichas pacientes, y que la atención no es integral. Se adecua al sistema cubano de salud en sus programas de cáncer cervicouterino y de infecciones de transmisión sexual, mediante una atención integral. Está basado en un modelo teórico, valorado por la variante Delphi del método de expertos y una introducción parcial de resultados en consultorios de un policlínico, que permitió hallazgos de lesiones precancerosas en un tercio de las pacientes, la detección subclínica de infección por papiloma virus humano en la mitad de ellas, y alta presencia de factores de riesgo. Se demuestra que es factible su introducción sin inversiones adicionales, que los condilomas acuminados constituyen un indicador de riesgo oncogénico; que mejora la atención médica a las pacientes en los aspectos educativos, el examen físico y medios de diagnóstico; garantizándose racional participación de las diferentes especialidades. El enfoque sistémico incrementa la sinergia de los programas

mencionados.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	Pág. 1
Antecedentes.....	Pág. 2
Justificación del estudio	Pág. 5
Problema de investigación.....	Pág. 8
Objeto de estudio	Pág. 8
Campo de acción	Pág. 8
Hipótesis de la investigación.....	Pág. 8
Objetivo general.....	Pág. 9
Objetivos específicos.....	Pág. 9
Métodos de la investigación.....	Pág. 9
Beneficios esperados	Pág. 11
Límites del alcance de la investigación.....	Pág. 11
1. CAPÍTULO 1. LA INFECCIÓN POR PAPILOMA VIRUS HUMANO EN LA MUJER	Pág. 14
1.1 Los condilomas acuminados y el cáncer cervicouterino.....	Pág. 15
1.2. Situación epidemiológica de los condilomas acuminados.....	Pág. 22
1.3. Situación epidemiológica del cáncer cervicouterino.....	Pág. 24

1.4. Diagnóstico de la situación actual del conocimiento y atención integral a mujeres con condilomas acuminados, en el municipio Camagüey.....	Pág. 26
1.4.1 Fase 1. Evaluación del nivel de conocimientos de los especialistas implicados en la asistencia médica a las pacientes con condilomas acuminados.....	Pág. 27
1.4.2 Fase 2. Evaluación de la atención integral a mujeres con condilomas acuminados	Pág. 30
1.5 Conclusiones.....	Pág. 43
2. CAPÍTULO 2. ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES CON CONDILOMAS ACUMINADOS.....	Pág. 46
2.1 Premisas existentes para un algoritmo dirigido al diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino.....	Pág. 47
2.2. Modelo teórico.....	Pág. 53
2.3. Algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados.....	Pág. 57
2.4 Propuesta de curso de capacitación	Pág. 70
2.5 Conclusiones.....	Pág. 73
3. CAPITULO 3. VALORACIÓN DEL ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES CON CONDILOMAS ACUMINADOS	Pág. 76
3.1. Aplicación de la variante Delphi del método de expertos.....	Pág. 77
3.2 Introducción parcial de los resultados en el área del Policlínico Universitario “José Martí Pérez” de Camagüey.....	Pág. 80
3.2.1 Capacitación del personal involucrado en la aplicación del algoritmo.....	Pág. 80

3.2.2 Introducción parcial del algoritmo en pacientes del Policlínico	
universitario “José Martí Pérez”	Pág. 81
3.3 Conclusiones.....	Pág. 95
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	Pág. 98
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 101
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DEL AUTOR.....	Pág. 122
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 129
ANEXOS.....	

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La Salud Pública ha sido definida como

[...] la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.¹

En las *Proyecciones de la salud pública en Cuba para el 2015* se establecieron ocho áreas prioritarias, de las cuales forman parte las enfermedades transmisibles, no transmisibles y los grupos especiales.²

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) pertenecen a las enfermedades transmisibles, en 1972 se constituyó el *Programa nacional de epidemiología y control de enfermedades venéreas* ³ y se establecieron los lineamientos generales cuyos objetivos fundamentales consistían en erradicar la sífilis congénita, disminuir la morbilidad por sífilis reciente y reducir la sífilis tardía a su mínima expresión, lo cual fue logrado. Este programa continúa desarrollándose con el nombre de *Programa nacional de control de infecciones de transmisión sexual*.⁴

Los tumores malignos constituyen un aspecto prioritario entre las enfermedades no

transmisibles, y es uno de los propósitos: reducir en un 20% la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino o cáncer cervicouterino (CCU).

En cuanto a los grupos especiales, el adulto mayor es objeto de atención. Se plantea disminuir en un 15% la tasa de mortalidad entre 60 y 75 años y en las directivas para estos, es un objetivo: elevar la calidad de la atención médica para perfeccionar el modelo tecnológico, organizacional y de gestión clínica.²

El diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino constituye una línea priorizada en el *Programa de salud reproductiva* (antiguamente *Programa nacional de atención materno infantil*), que el Ministerio de Salud Pública desarrolla desde 1968.⁵

El CCU es en la actualidad el segundo cáncer más común en la población femenina mundial ^{6,7}, con tasas de incidencia que oscilan de 3,8 x 100 000 mujeres por año en Israel a 48,2 x 100 000 mujeres anualmente en Colombia. ⁸

Se calcula que cada año se diagnostican unos 500 000 nuevos casos de cáncer cervicouterino ^{9,10}, que causan alrededor de 500 000 muertes y constituye un importante problema de salud pública especialmente en los países en vías de desarrollo, en los que su frecuencia es mayor.^{11, 12} El diagnóstico precoz es la intervención sanitaria más eficiente y costo efectiva.¹³

Cuba es uno de los países de América Latina y el Tercer Mundo con mayor tasa de incidencia de cáncer.^{14, 15} En 2007, 173 000 personas padecieron la enfermedad ¹⁶, que fue la segunda causa de muerte en ambos sexos ². El cáncer cervicouterino fue el tercer cáncer más frecuente en la mujer en 2003, y la cuarta causa de muerte en 2006.¹⁷

Desde finales de la década de los 70, se conoce la estrecha relación causal por ciertos

genotipos de Papiloma Virus Humano (PVH) y el cáncer cervicouterino.^{18, 19} Esta relación ha sido clasificada como natural y necesaria para el desarrollo del cáncer de cérvix y sus precursores, conocidos como displasia, neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o lesiones intraepiteliales escamosas (LIE).²⁰ Su infección persistente está fuertemente implicada en otras malignidades.²¹⁻²⁵

Se ha demostrado que el ADN del PVH está presente en la mayoría de las lesiones intraepiteliales del tracto genital inferior y en más del 99% de los cánceres cervicales. Hoy en día se acepta que el CCU es una enfermedad de transmisión sexual. Dicho descubrimiento afecta directamente los protocolos de prevención primaria y secundaria del cáncer de cérvix, así como a los de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de personas infectadas por este virus.²⁶

Estos hechos repercuten en la práctica clínica y obligan al médico a replantear el paradigma por el que se rige en la prevención del cáncer del tracto genital inferior. La infección por PVH, es la ITS de mayor incidencia en el mundo ²⁷ y se puede expresar en forma clínica, subclínica y latente.²⁸

La manifestación clínica habitual son los Condilomas Acuminados (CA), verrugas anogenitales, verrugas genitales, papilomas venéreos, verrugas venéreas ²⁹ o cresta de gallo.^{30, 31} En la infección subclínica las lesiones sólo son visibles por colposcopia. La infección latente, sin evidencia clínica, ni histológica, solo es posible identificarla con métodos de detección del ADN.³²

Las formas clínicas son generalmente causadas por tipos de papiloma virus humano de bajo riesgo oncogénico (PVH 6 y 11), que provocan en el 90% de los casos proliferaciones benignas, pero son un importante indicador para las infecciones por virus

de alto riesgo.³³ La infección manifiesta está asociada en un 20 a 30 % de los casos, a lesiones cervicales o anales ³⁴ y es frecuente su coexistencia con formas subclínicas; estas últimas suelen ser causadas por tipos de PVH de alto riesgo oncogénico. ³⁰ La incidencia de infección con tipos virales oncogénicos parece ser más alta que con tipos virales no oncogénicos.²⁶

El CA es una ITS común, la cual puede originar estrés al paciente, por su tendencia a recidivar, causar malignidad, ser transmitida a la pareja sexual, de la madre al niño, y ocasionar en este último, la papilomatosis laríngea juvenil.³⁵

El principal problema de esta enfermedad es la incapacidad para curar la infección viral en sí misma. Un tratamiento eficaz permite reducir el tamaño de las lesiones visibles pero no reduce el riesgo de transmisión ni de transformación a malignidad.³⁶

Justificación del estudio: En las *Proyecciones de la salud pública en Cuba para el 2015* se señala: “las mujeres en Cuba tienen una esperanza de vida de 78.97. Sin embargo, al comparar estos datos con otros países con similar esperanza de vida al nacimiento, se observa una desventaja para las mujeres cubanas. Dichos resultados sugieren, que en el caso de las mujeres cubanas, pueden existir reservas para elevar la supervivencia”. ²

Se plantea en el *Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino* ⁵ que debe considerarse como muy importante, realizar investigaciones encaminadas a establecer los grupos de riesgo del país que pueden comprobar lo establecido a nivel internacional o quizás a encontrar variantes regionales que permitan determinar patrones nacionales.

Los condilomas acuminados no forman parte del Programa de ITS, y tampoco aparecen

en el *Anuario estadístico de salud*.¹⁶ En las *Pautas para el tratamiento de las ITS* ³⁰ se considera esta entidad y se señala la oncogenicidad de algunos tipos de papiloma virus humano, pero más bien se limita al tratamiento tópico y a hacer referencia a que las parejas sexuales deben ser evaluadas y recibir consejería.

El grupo de edad más afectado por CA, en el municipio Camagüey, durante el período 1997-2006, fue el de 15 a 24 años, y hubo pacientes en el grupo de 10 a 14. En 2006, la mayor incidencia correspondió al grupo de 15 a 19. ³⁷

De 1999 a 2006, en la provincia Camagüey hubo pacientes con cáncer cervicouterino menores de 25 años de edad, que no se encuentran incluidas en el *Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino*; mujeres de 25 a 29, que de haber sido chequeadas con anterioridad, probablemente no lo hubieran desarrollado. Una quinta parte de las enfermas corresponde al grupo de 60 y más, ³⁸ algunas de las cuales no están comprendidas en dicho programa. Se plantea que el PVH puede presentar un pico de prevalencia después de los 65 años ³⁹ y en mujeres postmenopáusicas. ⁴⁰

En el período comprendido de 2002 a 2006, en esta misma provincia, fallecieron cinco mujeres por CCU que pertenecían al grupo de edad de 25 a 29, es decir pacientes que desarrollaron el cáncer probablemente antes de los 25. El 33,4% del total de fallecidas pertenecían al grupo de 60 y más.³⁸ Además, en el período antes señalado, el 85,5 % de las pacientes con cáncer cervicouterino fueron diagnosticadas por este programa, y la etapa clínica de mayor incidencia fue la II b, ⁴¹ en la que ya hay compromiso parametrial.⁴²

La periodicidad del estudio citológico en el *Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino* ¹⁶ es de cada tres años en las mujeres de 25 a 59, pero si se tiene en cuenta la evolución de la infección por PVH y los factores que intervienen en ella,

podría originarse un diagnóstico tardío, que con el estudio, seguimiento y control de las pacientes con CA podría detectarse precozmente.

Los investigadores señalan que para la transformación a neoplasia se requiere un tiempo aproximado de unos diez a quince años ^{29,43} con determinados factores precipitantes, entre los que se incluyen las relaciones sexuales precoces y el cambio frecuente de pareja.

En las consultas de dermatología del municipio Camagüey se aprecia que el médico, en la mayoría de las pacientes con condilomas acuminados, más bien se limita a prescribir tratamiento tópico, sin tener en cuenta que es una ITS que puede conducir a graves consecuencias en algunas ocasiones, y ser un indicador de infecciones con PVH de alto riesgo oncogénico.

Con esta investigación se pretende realizar el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino mediante la atención integral a mujeres afectadas por condilomas acuminados, así como contribuir al perfeccionamiento tanto del *Programa nacional de control de las ITS* como el *Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino* en el municipio Camagüey, con la creación de un algoritmo elaborado sobre bases científicas.

El algoritmo proporciona una interrelación entre ambos programas y constituye una vía más para el diagnóstico precoz de este cáncer, ya que los tumores diagnosticados en fase incipiente de desarrollo tienen más posibilidad de curación que los descubiertos en fases avanzadas, lo que permite que desaparezcan de las consultas pacientes con estadios avanzados de esta neoplasia, se disminuyan los gastos económicos directos e indirectos, tanto en la terapéutica de esta afección como por concepto de certificados médicos, días-consultas, días-camas y reducción de la mortalidad por cáncer

cervicouterino.

El estudio permitirá mejorar la calidad de vida de las mujeres cubanas, al conservarse la integridad de la familia y reintegrarse al medio social con iguales perspectivas que el resto de la población femenina y así la sociedad continuará recibiendo sus beneficios y se contribuirá a que se cumplan los objetivos, proyectos y desarrollo de la Salud Pública cubana.

Por lo antes expuesto, puede afirmarse que constituye un problema científico importante, y actual.

Problema de investigación: Insuficiencias que se aprecian actualmente en la atención integral a las pacientes con condilomas acuminados en el municipio Camagüey, lo que no favorece el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino.

Objeto de estudio: Proceso de atención integral a las pacientes con infecciones de transmisión sexual.

Campo de acción: Atención integral a las pacientes con condilomas acuminados.

Hipótesis: Un algoritmo que tome como premisas las características del sistema de salud cubano y los vínculos entre condilomas acuminados y procesos oncogénicos, favorecerá el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino mediante la atención integral a las pacientes con condilomas acuminados, en el municipio Camagüey.

Objetivo General: Implementar un algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados, en el municipio Camagüey.

Objetivos específicos:

1. Analizar el estado actual del conocimiento acerca de la infección por el papiloma virus humano, en su relación con el condiloma acuminado y el cáncer cervicouterino, así como la situación epidemiológica de ambas enfermedades.
2. Establecer un algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados.
3. Valorar la factibilidad y eficacia del algoritmo.

Métodos de la investigación: Se trata de una investigación predominantemente cualitativa. Con la estadística descriptiva se organiza y procesa información.

Del nivel teórico:

- Histórico-lógico, para analizar el desarrollo en el tiempo del conocimiento médico relacionado con infecciones por papiloma virus humano, cáncer cervicouterino y condilomas acuminados.
- Sistémico, para considerar elementos y vínculos presentes en el campo de acción, de forma que atienda al todo y a las partes, con énfasis en las sinergias.
- Análisis crítico de documentos, para la valoración de las fuentes documentales empleadas.
- Observación estructurada y no estructurada, para recoger información primaria acerca de las pacientes y su atención.

Del nivel empírico:

- Entrevistas semi-estructuradas y encuestas abiertas y cerradas, como técnicas de recolección de la información primaria.
- Método de expertos, variante Delphi, para valorar los elementos esenciales de la propuesta por personas de prestigio y experiencia en la temática, con satisfactorios

coeficientes de competencia.

- Estadística descriptiva, para procesar la información obtenida y presentar los datos organizados en tablas y gráficos.

Aporte teórico: Modelo teórico para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados, mediante el empleo del condiloma acuminado como indicador de infección por virus de alto riesgo oncogénico y la atención integral a estas enfermas, con lo que se logra la interacción de los Programas de ITS y el Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino.

Aporte práctico: Algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados, garantía de la atención integral a estas enfermas, que permite su estudio, control y seguimiento, con lo que se crea otra vía para el diagnóstico precoz de esta neoplasia. Además, la capacitación de los recursos humanos de la salud involucrados y una interrelación en la práctica entre el *Programa nacional de control de infecciones de transmisión sexual* y el *Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino*, en el municipio Camagüey.

Novedad científica: Empleo del condiloma acuminado como indicador de infección por virus de alto riesgo oncogénico y atención integral a las pacientes con esta enfermedad, con lo que se logra la interacción de los programas de ITS y de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, en las condiciones del sistema cubano de salud, sin necesidad de inversiones adicionales.

Beneficios esperados: Se centran en el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino; hallazgo, en las pacientes, de factores de riesgo para la persistencia del papiloma virus humano, detección de nuevos enfermos con condilomas acuminados y de otras ITS,

incremento en la notificación de esta ITS, enriquecimiento de la educación sanitaria a las pacientes y sus parejas, capacitación del personal de salud involucrado en la atención a estas enfermas, incorporación de la enfermera especialista en ITS y lepra, atención integral e interdisciplinaria en la atención a estas pacientes, enriquecimiento de la sinergia entre los programas de CCU e ITS, colaboración en la prevención de otras neoplasias y de la papilomatosis laríngea juvenil.

Límites del alcance de la investigación: El trabajo se ha hecho, y luego se ha valorado, en el municipio de Camagüey, a pesar de lo cual, con las debidas adecuaciones, sus resultados pudieran ser aprovechables en otros territorios.

Estructura de la tesis: Introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, bibliografía del autor y anexos.

En el primer capítulo se hace un análisis crítico de la bibliografía especializada nacional e internacional, la situación epidemiológica de los condilomas acuminados y del cáncer cervicouterino, se diagnostica la situación actual en cuanto al conocimiento que poseen los especialistas implicados en la asistencia médica a las pacientes con condilomas acuminados en el municipio Camagüey y la atención integral a dichas enfermas. En el segundo capítulo, se presenta, de manera argumentada, una propuesta que incluye un modelo teórico que sirve de base a un algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, mediante la atención integral a las mujeres con condilomas acuminados en las condiciones del municipio Camagüey. En el tercero se valoran los resultados obtenidos, por medio del método de expertos, variante Delphi, y una introducción parcial en la práctica en un área de salud.

Capítulo 1

La infección por papiloma virus humano en la mujer

CAPÍTULO 1. LA INFECCIÓN POR PAPILOMA VIRUS

HUMANO EN LA MUJER

En este capítulo se analiza la teoría disponible acerca de la infección por el papiloma virus humano, su relación con los condilomas acuminados y el cáncer cervicouterino; la situación epidemiológica mundial, nacional, provincial y municipal de ambas enfermedades, así como el diagnóstico de la situación actual acerca del conocimiento de los especialistas implicados en la asistencia médica a las pacientes con condilomas acuminados, y de la atención integral a estas enfermas, en el municipio Camagüey.

Objetivos del capítulo

- Analizar la teoría disponible acerca de la infección por el papiloma virus humano, en su relación con el cáncer cervicouterino y los condilomas acuminados.
- Describir la situación epidemiológica mundial, nacional, provincial y municipal de los condilomas acuminados y el cáncer cervicouterino.

- Diagnosticar el nivel de conocimiento sobre la infección por el papiloma virus humano en su relación con el condiloma acuminado y el cáncer cervicouterino, de los especialistas que atienden a las pacientes con condilomas acuminados.

1.1. Los condilomas acuminados y el cáncer cervicouterino

La primera descripción de las verrugas se encuentra en los escritos de Celso (25 DC). En 1800 fue usado por primera vez el término de condiloma (redondeado) acuminado (puntiagudo).⁴⁴ El origen viral de las verrugas lo postuló Ciuffo en 1907.³⁹ Richard Shope, en 1933, aisló el primer virus del papiloma en conejos.⁴¹ Hoss y Durfel acuñaron el término de atipia “coilocítica” en 1956. Barret, en el año 1959, afirmó la transmisión sexual de las verrugas; un año después, Papanicolau descubrió células originadas a partir de las verrugas con el término de halo perinuclear o imagen de célula hueca.⁴⁴

En 1969 Almeida señaló la heterogeneidad de los tipos de PVH y Meisels postuló al coilocito en la citología exfoliativa como patognomónico de infección por PVH. El Dr. Harald zur Hausen fue el primero en demostrar, por medio de experimentos de hibridación, que las verrugas genitales y los tejidos de cáncer de cérvix contienen genomas del virus del papiloma humano,⁴⁵ por lo que le fue concedido el Premio Nobel de Medicina en 2008.^{46, 47}

Las ITS* conforman el grupo más frecuente de enfermedades infecciosas de

* La Sección de Enfermedades de Transmisión Sexual de la Sociedad Francesa de Dermatología mantiene la sigla MST (Maladies Sexuellement Transmisibles) (Enfermedades de Transmisión Sexual), más que IST (Infections Sexuellement Transmisibles) (Infecciones de Transmisión

declaración obligatoria, y entre ellas las infecciones por PVH son las de mayor incidencia.⁴⁸ La infección por PVH se expresa en forma clínica, subclínica y latente.⁶

La manifestación clínica habitual son los condilomas acuminados. En la mujer aparecen en la mucosa o piel donde se ha producido el contagio. La localización primaria se observa en las zonas de mayor fricción durante el coito (horquilla vulvar, labios mayores y menores), pero las condiciones de humedad del aparato genital femenino y las posibles infecciones asociadas favorecen la propagación al resto de la vulva, periné y área perianal. Son formaciones papilomatosas, sésiles o pediculadas, únicas o múltiples que comienzan como una pápula rosácea, pequeña, que crece y por reunión de varias de ellas toman el aspecto de una coliflor, húmedas y de consistencia blanda. En la piel de la vulva y periné suelen ser como masas blandas rosadas y vascularizadas, o blanquecinas, secas e hiperqueratósicas o pigmentadas.⁴⁹

En su evolución pueden permanecer indefinidamente con las características anteriores, involucionar o extenderse de forma progresiva. En este último caso pueden formar grandes placas infiltradas de aspecto tumoral y mamelonado que llegan a desfigurar la anatomía de la región sobre la que se asientan (condilomatosis gigante de Buschke-Löwenstein). Muchos estudios confirman que se comporta como un tumor invasivo con malignidad local.⁵⁰⁻⁵²

Sexual). Los expertos del CDC (Center for Disease Control) prefieren el primer término (en inglés Sexually Transmitted Diseases o STD), los miembros de la IUSTI (Internacional Union against Sexually Transmitted Infections), el segundo. En este trabajo la autora emplea la sigla ITS para referirse tanto a las MST como a las STD.

En la infección subclínica, las lesiones solo son visibles por colposcopia. Esta forma de infección es muy importante, ya que al no ser aparentes las lesiones, se facilita el contagio.²⁶ La infección latente, sin evidencia clínica ni histológica, sólo es posible revelarla con métodos de detección del ADN.⁵³

Bouscarat señala que un 3 a 5 % de la población presentará lesiones clínicas, y 10 a 15% tendrán infección latente.³⁴ En un documento de consenso se afirma que entre un 2 a 20 % de la población femenina mundial es portadora oculta del papiloma virus humano en el cuello uterino,²⁶ mientras que otros señalan que hasta un 40% (49). Monk y Tewari manifiestan que el 80 % de la población está infectada con el PVH.²⁷ Weaver refiere que del 25 al 40 % de las mujeres de menos de 25 años son portadoras ocultas de este virus⁵⁴ y Partridge que el 20% de los hombres menores de 25 años de edad.⁵⁵

Actualmente se conocen más de 120 genotipos,⁵⁶ cada tipo muestra un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, las más comunes pieles y mucosas del tracto oral, respiratorio y anogenital.²⁵ De todos ellos más de 40 tipos se han aislado en el tracto genital inferior.⁵⁷ Su infección persistente está fuertemente implicada en otras malignidades, incluyendo el cáncer de ano,²¹ pene,²² vulva,²³ piel, faringe, laringe,^{25,48} esófago,⁵⁸ conjuntiva,⁵⁹ y oral.^{24, 60} Albarrán y colaboradores comentan que ha sido asociado con el cáncer de próstata y de vejiga.⁶¹ Atalay y colaboradores plantean que puede ser este el agente causal del carcinoma de ovario.⁶²

Los PVH, miembros de la familia Papovaviridae, son clasificados en

géneros, especies y tipos, ⁶³ son pequeños virus de estructura isocáedrica de 55 micrómetros de diámetro con un núcleo central denso de ADN de doble banda, circular de escasamente 8000 pares de bases. ⁶⁴ El virus consta de varios genes u “opening reading frames” (ORF) de dos tipos diferentes: hasta 8 genes de expresión temprana (E1-E8) responsables de la replicación del ADN, regulación transcripcional y transformación del ADN de la célula infectada, y dos genes de expresión tardía (L1 y L2) los que codifican las proteínas de la cápsida viral. Una región de control, denominada “long control region” (LCR), encargada de controlar la expresión de los genes tempranos E6 y E7. Los productos de los genes tempranos actúan como oncoproteínas, las que expresadas en todos los tumores inactivan a los productos génicos celulares supresores de tumores p53 y p16 y causan proliferación celular descontrolada. ²⁶

Los PVH se han subclasificado según el material oncogénico en de bajo y alto riesgo. ⁶⁵ Otros autores añaden los de riesgo intermedio. ^{61,66} La International Agency For Research Cancer (IARC) de la OMS los clasifica en oncogénicos (tipos 16,18,31,31,33,35,39,45,51,52,56) y “probablemente oncogénicos” (tipos 26,53 y 66). ²⁸ Los PVH 6 y 11 son considerados de bajo riesgo, sus lesiones son casi siempre benignas o se asocian a grados discretos de displasia cervical, y causan el 90 % de los condilomas acuminados. ^{67,68}

Desde hace más de 20 años, diversos autores han señalado que el cáncer cervical se comporta como una enfermedad de transmisión sexual. ^{68, 69,70} Esto ha

sido validado, tanto por múltiples estudios epidemiológicos, como por la evidencia molecular de que el ADN del PVH está integrado en las células neoplásicas en el 99% de los carcinomas cervicales.⁷⁰⁻⁷² Steben y Duarte-Franco expresan que se hallan en el 99,7% de los CCU.⁵⁷

En términos de salud pública, el descubrimiento de que el cáncer cervical es una rara consecuencia de la infección por el papiloma virus humano es equiparable en importancia al descubrimiento de la asociación entre el tabaco y el cáncer de pulmón o entre infecciones crónicas con virus de la hepatitis C y riesgo de cáncer de hígado.⁴³

Los PVH son muy resistentes al nitrógeno líquido, a agentes clorados, como el de las piscinas,²⁵ al frío y al calor.³⁶ Su período de incubación es difícil de precisar, se estima entre pocas semanas y varios meses.⁷³

La infección ocurre cuando las células basales del huésped se exponen a la infección viral a través de una barrera epitelial dañada, como sucede durante el acto sexual o como producto de otras abrasiones dérmicas menores.^{74, 75}

El modo de transmisión del PVH es generalmente por vía sexual, la autocontaminación o la aloinoculación de verrugas digitales es posible³⁴ aunque se sugieren otros, como fómites iatrogénicos durante la exploración ginecológica y anal con instrumental mal esterilizado,⁷⁶ o artículos de uso personal como jabón y toallas húmedas usados previamente por personas infectadas.²⁵ Lu Y. y colaboradores apuntan el rol de la sauna en la aparición de los CA anales.⁷⁷

La transmisión del PVH de la madre al niño es posible, sea en el útero a través de la placenta o sea en el momento del parto.^{10, 25} En el niño, la infección oral a PVH tipos 6 y 11, es responsable de la papilomatosis laríngea juvenil, que puede comprometer la vida de este.^{35,78}

El mayor riesgo de adquisición del papiloma virus humano se relaciona con el inicio temprano de las relaciones sexuales, el elevado número de compañeros sexuales a lo largo de la vida, el cambio frecuente de compañero sexual, no uso de condón o el contacto sexual con una persona con historia de promiscuidad, o con varones que tienen contactos con mujeres que ejercen la prostitución.²⁶

A pesar de ser la infección por PVH la causa necesaria del cáncer de cérvix, no es de ninguna manera suficiente para el desarrollo de este tumor, la persistencia del virus en el epitelio cervical es el factor más importante de riesgo de desarrollo de lesiones displásicas y de cáncer de cuello.^{19, 79,80} Los factores que influyen en la persistencia del virus están ligados al hospedero (estado inmunitario), al virus (genotipo, carga viral) y a los medio ambientales.^{25,26 ,81}

Los principales cofactores de progresión medio ambientales en las mujeres son: la edad temprana del primer coito, número de parejas sexuales, tabaquismo, multiparidad, el uso prolongado de anticonceptivos orales y otras ITS.^{19,43,82} La inmunodepresión inherente a la coinfección por VIH es un factor determinante de progresión neoplásica.^{83,84} Otros autores señalan además el estado nutricional, higiene deficiente,⁸⁵⁻⁸⁷ laceraciones, traumatismos durante el parto y cervicitis.⁸⁸⁻⁹⁰

Los estudios de parejas sexuales muestran claramente la importancia del hombre en la carcinogénesis cervical. El riesgo para una mujer de ser infectada y desarrollar un cáncer de cérvix, depende no sólo de su comportamiento sexual, sino también del de su compañero. El riesgo de cáncer de cuello uterino está significativamente aumentado en las mujeres que viven con hombres que tengan o hayan tenido numerosas parejas sexuales.²⁵

El diagnóstico de los condilomas acuminados es clínico. La biopsia se indica si hay duda.⁹¹ Histológicamente presentan acantosis, con proyecciones interpapilares elongadas y mitosis cerca de la capa de células basales. La presencia de coilocitosis en la dermis profunda es lo más importante para establecer la etiología viral.⁹²

Los métodos clásicos de diagnóstico vírico como la microscopía electrónica, los cultivos y los métodos inmunológicos no son adecuados para la detección del PVH, ya que no pueden cultivarse. En la actualidad, los métodos establecidos para la detección del virus son la captura de híbridos de ácido nucleicos y la reacción en cadena de la polimerasa conocida como PCR por sus siglas en inglés (Polymerase Chain Reaction). La prueba de Hybrid Capture II (Digene, EE.UU) tiene una sensibilidad y especificidad casi igual a la PCR, con la ventaja de su sencillez y buena reproducción de los resultados, mientras que la PCR permite la detección del ADN y los genotipos virales, por lo que constituye hoy en día la prueba de elección para la tipificación viral.^{49,93}

El tratamiento no elimina eficazmente ni modifica la historia natural de la

infección ⁵⁶, su objetivo es eliminar la lesión clínicamente visible, y descansa, en general, en tres armas diferentes: uso tópico de drogas citodestructivas, la cirugía y los métodos inmunomoduladores.

Entre las sustancias citotóxicas se señalan la podofilotoxina, podofilina y ácido tricloroacético. La terapéutica quirúrgica incluye la crioterapia, escisión quirúrgica, electrocirugía ³⁷ y láser de dióxido de carbono; ³⁹ y entre los inmunomoduladores se encuentran, la crema de Imiquimod, la homeopatía y las vacunas. ⁴⁰

Recientemente se ha reportado la aplicación de dos tipos de vacunas que son profilácticas. Una bivalente (Cervarix), contra los PVH 16 y 18, elaborada por la Glaxo, y una tetravalente (Gardasil), elaborada por la Merck, dirigida contra los PVH 6, 11, 16 y 18.⁹⁴⁻⁹⁶ Las vacunas no tienen efecto terapéutico en aquellas mujeres que estaban previamente infectadas y deben administrarse antes de las primeras relaciones sexuales.²⁵ Su costo (tres dosis) es entre \$300 y \$500. ⁹⁷

El 30 % de los cánceres cervicales no son ocasionados por los PVH 16 y 18, por tanto, con la introducción de estas vacunas no se elimina la necesidad del pesquisaje para dicha neoplasia mediante la prueba citológica, tanto para las mujeres infectadas con otros genotipos, como para aquellas que estaban infectadas antes de ser vacunadas, ⁹⁷ por otra parte, hasta el presente no se conoce la duración de la inmunidad que provocan. ^{96,98}

1.2. Situación epidemiológica de los condilomas acuminados

Las ITS representan mundialmente un serio problema, tanto en términos de salud como económicos y sociales. Se afirma por algunos autores que

están experimentando un rebrote en EUA y en Europa. ⁴⁹

Aubin y colaboradores plantean que los condilomas acuminados representan la ITS más frecuente en el mundo.²⁵ Carvajal Balaguera y colaboradores estiman que hasta el 1,2 % de la población general está infectada. ⁴⁹

En Cuba, en estos últimos años, han disminuido las tasas de incidencia anual de sífilis y blenorragia, y el VIH/SIDA muestra una situación favorable en comparación con la mayoría de los países del mundo, ² pero la situación nacional en cuanto a las condilomas acuminados se desconoce, ya que no se consignan en el *Anuario estadístico de salud del país*.

La sífilis y la blenorragia, en la provincia Camagüey, tienen un patrón descendente, al igual que en el resto del país, no así los condilomas acuminados que mantienen cifras elevadas de incidencia, con una tendencia a seguir un patrón en meseta, con alrededor de trescientos pacientes notificados anualmente (Figura 1 Anexo 1), con una tasa de 30,6 x 100 000 habitantes en 2007; ³⁸ independientemente que existe un subregistro en su notificación. Prueba de esto último es que al aplicar el cuestionario a médicos implicados en la atención de esta afección, el 28% respondió que no era una enfermedad de notificación obligatoria y un 5% dijo que no sabía; es decir, un 33% no la considera (Tabla 1. Anexo 2). Además, en la práctica diaria se aprecia que hay facultativos que aun cuando conocen que se trata de una enfermedad de notificación obligatoria no reportan a estos enfermos.

Las tasas de incidencia de los diferentes municipios de la provincia Camagüey en

el año 2007 oscilaron entre 6,23 en Esmeralda, hasta alcanzar 177,3 x 100 000 habitantes en Santa Cruz del Sur en el año 2007. El municipio Camagüey tuvo una tasa de 17,9 x 100 000 habitantes. ³⁸

En las pautas para el tratamiento de las ITS ³⁰ se afirma que en la mayoría de los países existe un subregistro de estas enfermedades y el número de enfermos es mayor del que se reporta. El Ministerio de Salud Pública del Uruguay ⁹⁹ expresa que la dimensión exacta del problema no es fácil de conocer, por el subregistro existente. Cuba no está exenta de esta situación.

1.3. Situación epidemiológica del cáncer cervicouterino

El cáncer hoy en el mundo, de acuerdo a informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta una tendencia creciente. Anualmente se producen alrededor de 10 millones de casos nuevos y se espera que haya unos 15 millones para el año 2020 (WHO2005).¹³ En Cuba ocupa el segundo lugar entre las diez primeras causas de muerte, sólo precedido por las enfermedades cardiovasculares.¹⁷

Los tumores genitales femeninos, sin incluir el cáncer de mama, representan una quinta parte de los tumores de la mujer, El más frecuente es el de cérvix, que se ubica actualmente como el segundo cáncer más común en la población femenina mundial. ^{7,100, 101}

Según la OMS, el cáncer cervicouterino es la segunda causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, con unas 300 000 muertes al año. El 80% de las pacientes corresponden a los países en vías de desarrollo ⁸⁰ y cerca de 500

000 casos nuevos se presentan anualmente.¹⁰² Tan solo en el año 2002 hubo 493 243 y de estos, 273 505 fueron decesos.¹⁰³

Se estima que en los Estados Unidos más de 10 000 casos nuevos de CCU son diagnosticados anualmente³³ y ocupa el decimoprimer lugar entre las mujeres estadounidenses, con un estimado de 10,370 nuevos casos y 3710 muertes en 2005.⁹⁷ En Francia se señala que hay alrededor de 3500 casos nuevos por año.^{24, 25} La tasa anual ajustada de cáncer de cérvix en España, excluido el carcinoma in situ, es 7,2 x 100 000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 2,7 x 100 000 mujeres.²⁶

Su tasa de incidencia en América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo.^{14, 104} Sánchez Hernández y colaboradores afirman que más de 30 000 latinoamericanas mueren anualmente por esta enfermedad.¹⁰⁵

En México constituye la primera causa de morbimortalidad en las mujeres con cáncer.⁴ En 2002, se presentaron 12 512 nuevos casos, de los cuales 5777, el 46% fueron decesos.¹⁰³

El cáncer cervicouterino es un importante problema de salud pública en Chile. En 2002 fallecieron 632 mujeres, y ocupó el cuarto lugar entre las muertes por cáncer en este sexo y el primer lugar en la tasa de años de vida potencialmente perdidos, con 129 por 100 000 mujeres¹³ y ocupa el tercer lugar entre los cánceres en el sexo femenino.¹⁰⁶ En Costa Rica, en 2002, fue la principal causa de muerte en la mujer.¹⁰⁷

Se ha estimado que en Perú la incidencia de cáncer cervical es de 40 x 100 000 y

es la principal causa de muerte en mujeres.¹⁰⁸ Ecuador tiene una incidencia de 19,8 x 100 000 y es la segunda causa de mortalidad; ¹⁰⁹ en México se considera que hay un incremento de muertes por esta enfermedad.⁶¹

Se ha observado, en la última década, una tendencia creciente a la mortalidad por esta causa en algunos países desarrollados como Inglaterra, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda.²⁶

Cuba es uno de los países de América Latina y el Tercer Mundo con mayor tasa de incidencia de cáncer, ¹¹⁰ que constituye la segunda causa de muerte. En 2004 representó el 23,1% del total de fallecidos.²

El cáncer cervicouterino, en 2003, ocupó el tercer lugar, superado solo por el de mama y piel, y la cuarta causa de muerte antecedida por cáncer de aparato respiratorio, mama, e intestino, excepto recto, en 2006 y hubo una tasa de 0,2 x 100 000 habitantes en el grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad.¹⁷

En la provincia Camagüey, la morbilidad fue de 103 casos y la mortalidad de 39, para una tasa de 13,3 y 10 x 100 000 respectivamente, en 2006.³⁸ En esta misma provincia, en el período 1999–2006, fueron reportados once casos de cáncer cervicouterino en mujeres de menos de 25 años de edad, y 42 en el grupo de 25 a 29 años. Entre 2002 - 2006 cinco pacientes fallecidas, pertenecieron al grupo de 25 a 29 años.³⁸ Las cifras de incidencia del municipio Camagüey superan los restantes municipios. ^{38, 111,112}

1.4. Diagnóstico de la situación actual del conocimiento y atención integral a mujeres con condilomas acuminados, en el municipio Camagüey

El objetivo de este diagnóstico fue medir el nivel de conocimiento que poseen los especialistas implicados en la asistencia médica a las pacientes con condilomas acuminados, y la calidad de la atención integral a estas enfermas en el municipio Camagüey.

El procedimiento seguido consideró dos fases diferentes:

Fase 1. Evaluación del nivel de conocimiento de los especialistas implicados en la asistencia médica a las pacientes con condilomas acuminados.

Fase2. Evaluación de la calidad de la atención integral a mujeres con condilomas acuminados.

1.4.1. Fase 1: Evaluación del nivel de conocimiento de los especialistas implicados en la asistencia médica a las pacientes con condilomas acuminados

Para la evaluación del nivel de conocimiento se realizó un estudio descriptivo transversal observacional, del 3 de abril al 1º de julio de 2006, con el objetivo de determinar el conocimiento que poseían los especialistas implicados en la asistencia médica a las pacientes con CA, en el municipio Camagüey.

Se estudió un grupo de 82 médicos especialistas, a los que previamente; se les explicó el objetivo de la encuesta y su carácter anónimo; y dieron su

consentimiento (Anexo 3). De ellos 30 eran especialistas en Medicina General Integral (MGI), (22 no docentes y 8 docentes); 10 especialistas en ginecología, cinco de Atención Primaria de Salud (APS) (3 docentes y 2 no docentes), cinco de Atención Secundaria de Salud (ASS), de los que 3 ofertan consulta de ginecología y dos de patología de cuello, todos docentes; 18 especialistas en dermatología, cinco de APS, de los cuales 2 son docentes y 3 no docentes y el resto de ASS, todos docentes; 2 proctólogos, 7 urólogos y 15 cirujanos también docentes.

Se confeccionaron dos tipos de cuestionarios: uno dirigido a especialistas en MGI, cirugía, proctología y urología (Anexo 4), y otro a especialistas en dermatología, ginecología y verticalizados en patología de cuello (Anexo 5).

En los cuestionarios se incluyeron aquellos aspectos que se consideraron debían conocer los especialistas implicados en la atención a las pacientes con CA.

Los cuestionarios para su validación se sometieron a la consideración de siete especialistas en la materia que tenían más de dieciocho años de experiencia en su actividad: Un Doctor en Ciencias Pedagógicas, una Doctora en Ciencias Psicológicas, una Doctora en Ciencias Biológicas, un Doctor en Ciencias Médicas, dos Profesoras Consultantes en Dermatología y una especialista de Segundo Grado en ginecología, y se aplicó a una muestra piloto de 15 especialistas en MGI. Los cuestionarios se aplicaron en APS y ASS, durante el periodo del 1º de febrero al 30 de abril de 2006. En APS se seleccionó el Policlínico Universitario "José Martí Pérez" de la ciudad de Camagüey, por tener el mayor número de especialistas en MGI y ginecología, la misma organización que el resto de los policlínicos de la ciudad y por tanto no existir diferencias con los restantes. En

ASS, se tomó la información del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario “Manuel Ascunce Domenech” de la ciudad de Camagüey, por ser este un centro de referencia y el que mayor cantidad de áreas de salud atiende territorialmente. En cuanto a ginecología, se seleccionaron los especialistas que ofertan consulta de ginecología y patología de cuello en el Hospital Ginecobstétrico Docente “Ana Betancourt de Mora” de la ciudad. El cuestionario también se aplicó a todos los especialistas en dermatología, con excepción de los considerados expertos.

Se organizó la información recogida de la siguiente manera:

Grupo I: Dermatólogos, ginecólogos y ginecólogos entrenados en patología de cuello.

Grupo II: Atención primaria.

Grupo III: Atención secundaria.

Grupo IV: Docentes.

Grupo V: No docentes.

En todos los grupos, excepto en el I, había especialistas de los dos grupos diferentes de claves de calificación, una con una calificación máxima de 37 puntos y otra con una calificación máxima de 44 puntos.

Tabla 2. Evaluación según nivel de conocimiento de los especialistas

Grupos	Puntuación media	Máximo posible
Grupo I	8,0	44
Grupo II	5,1	37- 44
Grupo III	6,8	37- 44
Grupo IV	6,0	37- 44
Grupo V	6,0	37- 44

La evaluación obtenida fue de “inadecuada” para todos los grupos; por lo que se pudo constatar que profesionales con nivel científico poseen poca información acerca de la infección por

Fuente: Encuesta

papiloma virus humano, condilomas acuminados y cáncer cervicouterino. En el Documento de Consenso elaborado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ²⁶ se plantea que tras la confirmación de la etiología viral del cáncer de cuello, se han producido importantes y continuos avances con implicaciones prácticas por lo que está justificada la puesta al día del conocimiento sobre la infección genital por PVH.

Berdasquera Corcho, en una investigación realizada a médicos de MGI, encontró que el 100%, refirió haber recibido durante su residencia información sobre sífilis, blenorragia y SIDA, no así acerca de los condilomas acuminados, la que había sido deficiente.¹¹³

Klug y colaboradores comentan que el papiloma virus humano es la causa del cáncer cervicouterino y de los condilomas acuminados; en base a ello hicieron un estudio para determinar el grado de conocimiento sobre la infección por este virus en la población en general, estudiantes, pacientes y profesionales de la salud, y concluyeron que este era pobre, que debían incrementarse los esfuerzos para suministrar más datos acerca de esta infección.¹¹⁴

Aubin y colaboradores señalan que los conocimientos concernientes al papiloma

virus humano han evolucionado mucho en los últimos años; y comentan que sin embargo los que poseen los profesionales de la salud son relativamente limitados como se evidencian en los resultados de una encuesta americana.²⁵

1.4.2. Fase 2: Evaluación de la atención integral a mujeres con condilomas

acuminados

Para conocer la situación actual de la atención a las pacientes, se realizó un estudio descriptivo transversal observacional en 47 mujeres con condilomas acuminados, atendidas en el departamento de tratamientos especializados de la consulta externa de dermatología del Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”, durante el periodo comprendido del 3 de julio de 2006 al 9 de junio de 2007. Se trabajó con todas las pacientes que acudieron en ese período de tiempo. Se elaboró una encuesta contentiva de las variables objeto de estudio (Anexo 6). Las definiciones conceptuales se encuentran en el Anexo 7.

Para determinar los exámenes de laboratorio indicados, se solicitaron a las pacientes las hojas de indicaciones de estos.

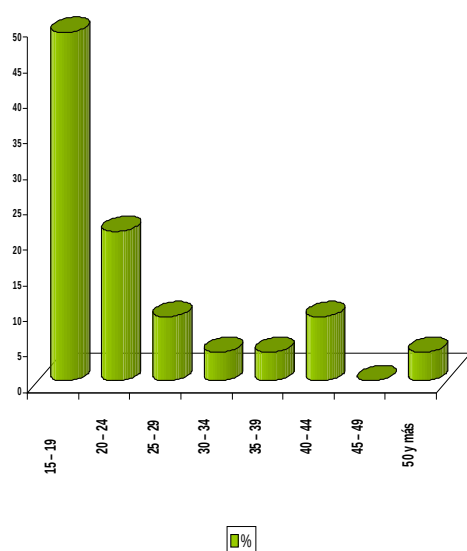
Los datos fueron organizados mediante estadística descriptiva. Los resultados se presentaron en tablas de frecuencias absolutas y por ciento.

Se cumplió con el principio de respeto a las personas al garantizar la no

divulgación de la información personal. La encuesta se realizó de forma despersonalizada. El encuestador explicó el contenido a cada persona y la misma fue respondida de forma individual; el consentimiento se registró de forma apropiada con su firma (Anexo 8).

La operacionalización de las variables se encuentra en el Anexo 9.

Se observó que el grupo de edad con mayor incidencia fue el de 15 a 19 años, con 23 pacientes (49,0%), seguido por el de 20 a 24 con 10



enfermas (21,0%). Ambos grupos representaron el 70% del total de pacientes estudiadas (Figura 2). Estos resultados coinciden con lo señalado por la SEGO en cuanto a

Figura 2. Distribución de pacientes según grupos de edades.

Fuente: Tabla 3. (Ver Anexo 10)

la relación entre la edad y la infección por PVH (alta en edades jóvenes y baja en adultas).²⁶

Hillemanns P y colaboradores en Alemania, comentan que la mayor incidencia en ese país ocurrió en las edades comprendidas entre 14 y 25 años.¹¹⁵

En datos epidemiológicos del U.S. National Health and Nutrition ⁵⁷ se determinó la mayor prevalencia de PVH en el grupo de 20 a 24 años de edad, en ese país.

Aubin y colaboradores expresan que la adquisición de la infección genital por papiloma virus humano ocurre generalmente al inicio de la actividad sexual.²⁵

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS afirman que las ITS, con inclusión del papiloma virus humano son a escala mundial la morbilidad más frecuente entre los adolescentes.¹¹⁶

Rodríguez García y colaboradores, en un estudio hecho a 98 adolescentes de 12 a 19 años de edad en la ciudad de Camagüey, hallaron que estos habían tenido su primer contacto sexual entre los 13 y 14 años.¹¹⁷

En el *Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino (5)* se señalan como grupos de riesgo las mujeres que han comenzado las relaciones sexuales antes de los 20 años, de manera marcada las que comenzaron antes de los 18.

Carballo Ovies y colaboradores, citados por Guerra Guerra, comentan las tendencias mundiales de iniciar las relaciones sexuales en edades tempranas, que las adolescentes de África y América son más proclives, y plantean que alrededor del 11% de las adolescentes de esas zonas geográficas, las han iniciado antes de los 13 años de edad.¹¹⁸ En Honduras las mujeres comienzan a tener la primera relación sexual antes de los 13 años.¹¹⁹

Rodríguez Corrales halló en un grupo de mujeres de 20 a 30 años de edad, que el

85,4% habían iniciado sus relaciones sexuales entre los 12 y 15 años, y señala que la posibilidad de contraer ITS es mayor en niñas o mujeres adolescentes, cuya inmadurez genital le impide que su mucosa funcione como una barrera efectiva contra los patógenos.¹²⁰ Este factor se considera de riesgo, pues las mujeres son biológicamente más vulnerables, por ser la parte receptiva en el coito heterosexual: una gran superficie de la mucosa vaginal se expone al semen que contiene mayor concentración del virus que el flujo vaginal. Además la esperma permanece más tiempo en la vagina que las secreciones vaginales en el pene, y esta tiende a ser más agredida en el acto sexual.

El sexo en la adolescencia se considera en forma más o menos unipersonal. El adolescente se muestra inseguro acerca de cuál es la conducta sexual adecuada, lo que puede conducir a una conducta irresponsable, con la consiguiente posibilidad de adquisición del PVH u otra ITS, por lo que esta etapa de la vida es un momento idóneo para influir sobre ellos y ofrecerles la orientación necesaria.¹¹⁷

Por todo lo anteriormente expuesto, si se tiene en cuenta que los condilomas acuminados son un importante indicador para las infecciones por PVH de alto riesgo oncogénico, y que uno de los factores de riesgo para desarrollar el cáncer cervicouterino es el inicio precoz de las relaciones sexuales,¹²¹ es necesaria una mejor atención a estos grupos de jóvenes.

La mayoría de las pacientes provenían de la consulta externa de dermatología, 19 (40,4%) de estas, solo cinco (10,6%) eran del hospital, el resto eran remisiones de las diferentes áreas de atención primaria del municipio y 16 (34,0%) estaban

incluidas en otras, que eran diversas especialidades no implicadas en la atención a ellas; siete pacientes (15%) habían sido enviadas por el médico general integral (Tabla 4. Anexo 11).

Se puede constatar que no existe un vínculo entre las diferentes especialidades implicadas en la atención a estas enfermas. Las pacientes no fueron enviadas a APS, e incluso los médicos generales integrales no las interconsultaron con el dermatólogo, máximo responsable del diagnóstico de esta enfermedad, a su vez los dermatólogos no las valoraron con el MGI. Todas las especialidades obviaron al médico general integral, piedra angular de las estrategias de salud.

La especialidad médica efectora de la APS es la medicina general integral, que tiene un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional constituida por la familia y el individuo. Se basa en los métodos clínicos, epidemiológicos e integra las ciencias biológicas, clínicas, sociales y de conducta.¹²²

El médico de la familia forma parte de un equipo de trabajo multi e interdisciplinario.¹²³ La atención a estas pacientes reposa sobre una colaboración multidisciplinaria.³⁴

En la realización del examen físico a las pacientes y sus parejas sexuales se constató que, sólo a 15 enfermas (32%) se les realizó un examen físico completo y fueron examinadas 16 (34%) de sus parejas sexuales (Tabla 5. Anexo12).

A toda enferma debe hacerse un examen físico completo con el fin de descartar otras ITS asociadas y excluir la extensión a otros sitios. Las parejas sexuales

deben ser examinadas. Un examen ginecológico y un frotis cérvico-vaginal anual son indispensables para la pareja femenina.³⁴

Existe un alto riesgo de transmisión del PVH en mujeres parejas de hombres con lesiones en pene, con la consiguiente infección cervical en la mujer.^{107, 124}

En mujeres con condilomas acuminados, el riesgo de neoplasia vulvar intraepitelial aumenta ocho veces,²⁶ y en las neoplasias del ano la presencia del PVH de alto riesgo es muy frecuente.^{125, 126} El ano incluye una región de transición epitelial semejante a la observada en el cuello uterino.²⁶

La mucosa cervical presenta una zona de transición que corresponde al encuentro entre un epitelio glandular del endocérvix y un epitelio pavimentoso estratificado del exocérvix. Esta zona está caracterizada por su complejidad, su fragilidad mecánica e inmunitaria y constituye un sitio preferencial de desarrollo de lesiones precancerosas y cancerosas del cuello,²⁵ por todo ello el examen ginecológico con espéculo es necesario.

Al no realizar el examen físico completo, no se tuvo en cuenta tampoco la posible asociación con otras ITS, algunas de las cuales pueden dar manifestaciones cutáneas o mucosas.

Aubin y colaboradores expresan que las lesiones clínicas genitales se observan en alrededor de la tercera parte de las parejas de mujeres con condilomas acuminados.²⁵ Otros autores plantean que las parejas sexuales deben ser examinadas para descartar presencia de condilomas acuminados, lo que ocurre

en los dos tercios de ellas.²⁶ Las parejas de pacientes con infección por papiloma virus humano deben ser evaluadas y recibir consejería.³⁰

Con relación a la indicación de exámenes complementarios de diagnóstico, se constató que a 23 (49%) se les indicó VDRL, a 21 (44,7%) VIH, exudado vaginal simple a ocho (17%), citología orgánica a dos (4,3%) y a una (2,2%) colposcopia. No se indicó antígeno de superficie para Hepatitis B (AgHBs), ni exudado vaginal con tinción de Gram, ni test de Schiller. El test de ácido acético se le aplicó solo a una paciente a la cual se le realizó la colposcopia, ya que esta lleva implícita dicho test (Tabla 6. Anexo 12).

Los lazos entre las ITS y la infección por VIH son estrechos y el despistaje de ambas debe ser común. Todas las ITS, en un grado u otro, favorecen la transmisión del VIH, a la inversa, la infección por VIH puede favorecer la expresión de ciertas ITS (verrugas genitales y herpes simple), en particular.³⁴

León Cruz y colaboradores¹²⁷ así como Varela y colaboradores,¹²⁸ apuntan que la persistente infección por algunos tipos del PVH, es el factor de riesgo principal en la patogénesis del cáncer de cuello uterino. Entre los cofactores necesarios descritos para que esto ocurra se encuentran las ITS, y se señala con mayor énfasis la *Chlamydia trachomatis*.²⁶

La Sociedad Francesa de Dermatología³⁴ aconseja el pesquisaje de otras ITS asociadas, y que como mínimo se debe realizar PCR para clamidia urinaria, serología para la sífilis, para la hepatitis B y VIH.

La infección subclínica por PVH es de gran importancia ya que al no ser visibles las lesiones se facilita el contagio. Las lesiones pueden observarse mediante visión colposcópica tras la aplicación de ácido acético al 3-5%.²⁶ Los CA son producidos por virus de bajo riesgo oncogénico en el 90% de los casos, pero son un importante indicador para la infección con virus de alto riesgo oncogénico.¹⁵

Kimberley y colaboradores de la Division of Sexually Transmitted Diseases Prevention. Center for Disease Control manifiestan que los pacientes con condilomas acuminados están con frecuencia simultáneamente infectados con múltiples tipos de PVH.¹²⁹

La técnica validada para cribado poblacional del cáncer de cérvix es la citología orgánica,²⁶ por lo que es importante su realización en estas enfermas. Se recomienda que se les haga una citología orgánica anual a las mujeres con condilomas acuminados; la realización de la colposcopia en estas enfermas es de suma importancia para la detección subclínica de esta afección, así como para detectar lesiones precursoras del cáncer cervicouterino.³⁴

En la revisión preventiva del cáncer de cérvix, la citología, que no es una técnica diagnóstica, deberá ser implementada con la colposcopia para mejorar su sensibilidad. Ambas, simultáneas, ofrecen un valor predictivo negativo cercano al 100 %, para esta neoplasia.²⁶

El test de Schiller es útil, ya que los condilomas acuminados captan el lugol de forma irregular mientras que los carcinomas exofíticos son yodo negativos.²⁶

De las 47 enfermas, 22 (44,7%), manifestaron que habían recibido información acerca de su enfermedad, 17 (36,2%), que se les aconsejó el sexo protegido y 10 (19,1%) acerca de la necesidad de la pareja sexual estable (Tabla 7.Anexo 13).

A continuación se expone lo señalado en las *Pautas para el tratamiento de las ITS*³⁰ en cuanto al control de estas enfermedades:

Los principios básicos para el control de las ITS son similares a los que se emplean en cualquier otra enfermedad transmisible:

- Interrupción de la cadena de transmisión: identificación de los casos existentes, diagnóstico precoz, tratamiento inmediato, adecuado y completo de los pacientes y sus parejas sexuales.
- Prevención de nuevas infecciones, a través de programas de educación encaminados a la promoción de conductas favorables para la búsqueda de una adecuada atención médica, cumplimiento del tratamiento indicado y que promueva conductas que minimicen el riesgo de infección. Para poder reducir la propagación de las ITS es necesario establecer estrategias eficaces que puedan ponerse en práctica, entre las que se señalan la educación a la población sobre los riesgos de las relaciones sexuales sin protección; persuadirlas de que usen condones correctamente y limiten el número de parejas sexuales.

La divulgación en cuanto a los condilomas acuminados no es suficiente, lo que se puede apreciar en los medios de difusión masiva, en los murales de los policlínicos, hospitales, consultorios del médico de la familia y escuelas. Esto limita la información acerca de esta enfermedad, su etiología, la etiología del

cáncer cervicouterino, su relación con el PVH y con otras ITS, así como que actualmente esta neoplasia se considere una enfermedad de transmisión sexual.

En Colombia, en 2007, se realizó un estudio en 449 mujeres atendidas en diferentes hospitales de ese país, para evaluar el conocimiento que poseían acerca de la citología orgánica y la infección por PVH. El 76,3% mostró un alto nivel de conocimiento en relación con la citología orgánica mientras que solo un 7,8% en cuanto al papiloma virus humano. Los autores plantean que los resultados de ese estudio sugieren que los esfuerzos educacionales deben ser focalizados a incrementar el conocimiento acerca del papiloma virus humano en tanto que el pesquisaje por medio de tests para PVH y la vacunación sean alcanzables.¹³⁰

En una investigación realizada en Matanzas, a 887 adolescentes, con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento que poseen los jóvenes sobre las ITS, los autores concluyeron que es escaso, sobre todo acerca de las verrugas genitales, herpes simple tipo II, chancro blando y clamidias.¹³¹

Rodríguez García y colaboradores, en otro estudio realizado en adolescentes, también llegaron a la conclusión de que los conocimientos que poseen estos, sobre las vías de transmisión de las ITS son insuficientes.¹¹⁷

Mosavel, El-Shaarawi, ¹³² en un estudio realizado a adolescentes femeninas acerca del conocimiento que poseían en relación con el CCU; los resultados mostraron que eran inadecuados, y los autores comentan que con el advenimiento de una vacuna para el PVH muchos piensan que

esta neoplasia dejará de ser un problema de salud. Ellos argumentan que ciertamente, la vacuna representa un importante paso en la lucha contra el PVH y el cáncer cervical, pero que esto no disminuye la importancia de la educación para la salud o el pesquisaje, particularmente en adolescentes, y concluyen que es necesario mejorar el nivel de conocimiento en relación con esta enfermedad.

Stanley señala que las medidas de educación sanitaria encaminadas a promover el sexo seguro, el uso del condón y reducir el número de compañeros sexuales han sido empleadas con el objetivo de disminuir la transmisión del papiloma virus humano,¹³³ pero que la más efectiva, es el uso del condón, lo que coincide con lo expresado por Ferlay y colaboradores.⁵⁷

Por su parte, Puello plantea que aumentar el uso del condón es ayudar a evitar posibles infecciones en cada persona, pero que esta no es ni puede ser la opción esencial, ni única para enfrentarnos al SIDA que es una vía entre varias,¹³⁴ lo cual también es aplicable al condiloma acuminado.

Trinquete Díaz cita una investigación de inicios de esta década, realizada en la capital del país, a jóvenes entre 12 y 15 años de edad, estudiantes de enseñanza secundaria, en la que más de la mitad de los entrevistados confesaron que ya habían tenido relaciones sexuales, pero sólo el 49% de ellos había usado preservativo.¹³⁵ En un trabajo investigativo en Jibacoa sobre la aceptación del preservativo, se constató que el 78,8 % de los pacientes no utilizaban este.¹³⁶

Tamayo Lien y Varona Sánchez en un estudio realizado en mujeres infectadas por PVH, constataron que el 72,9% tenían una conducta sexual de riesgo, con dos o más parejas sexuales y el 68,6% del total de ellas no utilizaron el condón como método de barrera para la protección contra la infección viral.¹²¹

Se observó en una investigación previa, que la tercera parte de las pacientes con condilomas acuminados tenían una conducta sexual con riesgo y el sexo no protegido fue un factor importante.¹³⁷ Las pacientes con condilomas acuminados deben ser aconsejadas acerca de la necesidad del seguimiento regular con la prueba citológica, como se hace con las mujeres sin esta enfermedad.¹²⁹

Del total de pacientes, solo 2 (4,3%) fueron enviadas a la enfermera especialista en ITS y lepra (Figura 3) a pesar de que diecinueve de ellas procedían de las consultas de Dermatología, especialidad con la que tiene más vínculo, independientemente que todos los médicos deben enviarle las pacientes. La enfermera especialista en ITS y lepra está especializada en técnicas de entrevista y consejería. La educación y los consejos son aspectos vitales en la atención a estas enfermas.¹²⁹

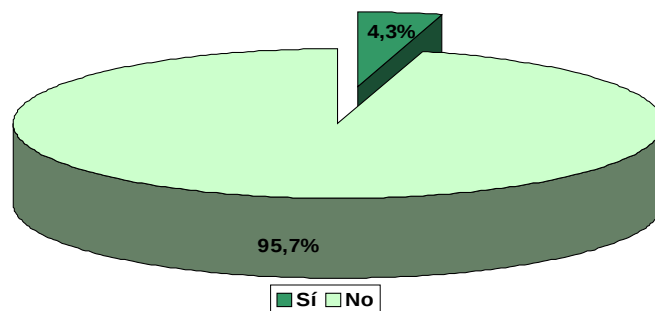


Figura 3. Distribución de pacientes según remisión a la enfermera especialista en ITS y Lepra.

Fuente: Tabla 8. (Ver Anexo 13)

El 97.8% de las pacientes fueron remitidas para tratamiento tópico, pero solo el 4,3 % fueron enviadas a la consulta de ginecología y obstetricia, y ninguna fue enviada a otra especialidad (Figura 4).

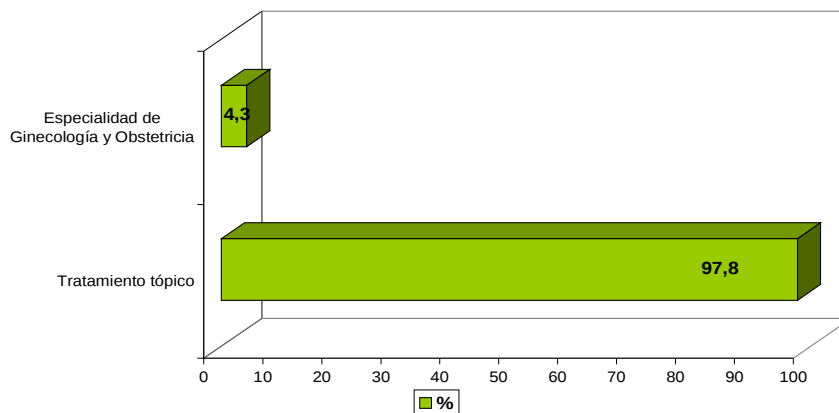


Figura 4. Distribución de pacientes según remisión

Fuente: Tabla 9. (Ver en Anexo 14).

La mayoría de los facultativos más bien se limitan al tratamiento local del condiloma acuminado, sin tener en cuenta otros factores y que esta es una enfermedad interdisciplinaria. La valoración por el ginecólogo es necesaria y si existen lesiones anales deben ser valoradas por el proctólogo. La atención y tratamiento integral de los pacientes infectados con ITS es esencial para la salud sexual.¹³⁸

Si los resultados obtenidos con la aplicación de las encuestas a los médicos se comparan con lo señalado por Aubin y colaboradores, acerca de que los conocimientos concernientes al papiloma virus humano han evolucionado mucho en los últimos años y que sin embargo los que poseen los profesionales de la salud son relativamente limitados,²⁵ y si unimos esto a los resultados de las encuestas realizadas a las pacientes, ello permite hacer una triangulación y afirmar que la capacitación de los profesionales de la salud en el municipio Camagüey, en este aspecto, es aún insuficiente.

Las entrevistas realizadas a las pacientes permitieron apreciar insuficiencias en la atención recibida. Se entrevistaron todos los médicos del Policlínico Universitario “José Martí Pérez” implicados en la asistencia médica a estas enfermas, y todos los dermatólogos del municipio, y se constató que sus conocimientos no eran adecuados. Luego fueron incluidos en las entrevistas los docentes del Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech” y los ginecólogos docentes del Hospital “Ana Betancourt de Mora”, todos ellos responsabilizados con el proceso de formación de los médicos del municipio. La triangulación de estos resultados permite tener un criterio acerca de lo que ocurre en el municipio Camagüey, ya que apuntan en la misma dirección que indica la literatura revisada.^{25, 113,114}

1.5- Conclusiones

- La teoría disponible acerca de la infección por el papiloma virus humano evidencia su relación con los condilomas acuminados y el cáncer cérvico uterino.

- La incidencia de los condilomas acuminados no sigue un patrón descendente en la actualidad, a diferencia de lo que se observa con otras ITS, con una tendencia a seguir un patrón en meseta en la provincia de Camagüey.
- Los conocimientos de los profesionales de la salud con relación a la infección por PVH, condilomas acuminados y cáncer cervicouterino, en el municipio Camagüey, son “inadecuados”.
- La atención a las mujeres con condilomas acuminados en el municipio Camaguey no ha sido integral.
- Los resultados muestran que no se realizó un examen físico completo en dos de cada tres enfermas, ni sus parejas sexuales fueron examinadas en igual proporción; a menos de la mitad de las pacientes se les indicaron complementarios para excluir otras ITS asociadas, a ninguna se les descartó infección subclínica por PVH, ni alteraciones del epitelio cervical, ni alteraciones citológicas; la educación sanitaria no se efectuó en un caso de cada dos; casi todas las enfermas solo fueron remitidas para tratamiento tópico y no fueron enviadas a la enfermera especializada en ITS y Lepra.

Capítulo 2

Algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados

CAPÍTULO 2. ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL

CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES CON

CONDILOMAS ACUMINADOS

Este capítulo comprende un modelo teórico que es portador de las premisas, regularidades y conceptos fundamentales que sirven de base para el instrumento donde se concreta su propuesta en forma de un algoritmo debidamente argumentado, que constituye el centro de lo que se concibe como una más adecuada atención a estas pacientes en las condiciones del municipio de Camagüey y del sistema de salud cubano en la actualidad, para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. Se presenta el algoritmo de forma abreviada (Figura 6) y se hace la propuesta de un curso de capacitación, necesario para que los especialistas involucrados estén en condiciones de realizar sus tareas.

Objetivos del capítulo

- Establecer el modelo teórico que sirva de base a un algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados.
- Precisar las pautas esenciales mínimas en cuanto a secuencia de acciones, funciones del personal de salud involucrado y medios auxiliares de diagnóstico necesarios.
- Proponer la capacitación necesaria para el personal de salud implicado.

2.1. Premisas existentes para una propuesta de algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados

En el campo de la salud sexual y reproductiva en Cuba, las ITS son temas prioritarios cuya importancia radica no solo en el valor que se le concede en las

políticas de salud sexual del país, sino que, los esfuerzos encaminados a reducir su incidencia, prevalencia o consecuencias de estos en las mujeres, no siempre se reflejan en cambios significativos en las estadísticas de salud. La perspectiva de género hace posible ampliar el análisis en lo que respecta a la morbilidad femenina por estas causas y de esta manera organizar estrategias que permitan una aproximación a los indicadores de salud sexual deseados.

El Sistema Nacional de Salud y el Programa de Atención Materno Infantil ofrecen todas las garantías de salud a la mujer y al niño, y otros, y refrendan la salud sexual y reproductiva como un derecho de las mujeres y de sus hijos/as. También garantizan la atención al niño sano y la atención preventiva–curativa de la población infantil; todo ello se explicita en la Ley de la Salud Pública (1983) en su Sección Segunda.¹³⁹

La Guía de recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Francesa de Dermatología afirma que los condilomas acuminados están asociados a lesiones cervicales o anales en un 20 a 30% de los casos, lo que impone la búsqueda de otras localizaciones en el paciente, en los cuales el riesgo de neoplasia está identificado, pesquisaje de ITS asociadas, examen de las parejas sexuales y que se tenga en cuenta si existe inmunodepresión.

La anoscopia no es sistemática, sin embargo en el caso de condilomas de los genitales externos, el examen perianal tiene que realizarse (multifocalidad). Asimismo el examen endoscópico está indicado en casos de lesiones perianales, de relaciones sexuales anales y en caso de inmunosupresión. La citología anal se

realizará en dependencia del paciente. Se indicará como mínimo PCR para clamidia urinaria, serología para la sífilis, hepatitis B y VIH.

El tratamiento de los condilomas acuminados debe estar precedido por un estudio para ITS. Se recomienda que la evolución del paciente debe seguirse de tres a seis meses después de culminada la terapéutica, así como la realización de la citología anual en la mujer. Necesariamente, hay que examinar a la pareja masculina. Se impone, además, un examen ginecológico (cuello uterino, vagina, vulva, periné) a la pareja femenina y un frotis cérvico vaginal anual.³⁴

Por otra parte, la Dirección del programa prioritario de ITS /SIDA de la República Oriental del Uruguay manifiesta que las pacientes portadoras de cualquier variedad de infección por PVH deben ser sometidas a colposcopia y colpocitología oncológica (Papanicolau) cada 6-12 meses, con el fin de detectar en forma precoz cualquier modificación de la mucosa cervical que pueda evolucionar al cáncer de cuello. La tipificación viral no tiene valor práctico para definir terapéutica y seguimiento.

Debe haber una participación conjunta del dermatólogo, el ginecólogo, y el urólogo, en el caso del hombre, en las decisiones terapéuticas y en el nivel de asistencia que requiera su realización. Las decisiones terapéuticas no se hacen en base a la tipificación viral, sino por la clínica, incluida la colposcopia.⁹⁹

A lo expresado hasta el momento, se añade que el CDC considera que los pacientes con condilomas acuminados están con frecuencia infectados

simultáneamente con múltiples tipos de papiloma virus humano y señala que para las mujeres con verrugas genitales exofíticas en el cuello uterino, debe ser excluida una lesión intraepitelial escamosa, antes del tratamiento.

No existe nada que apoye el uso de test de detección de ácido nucleico en el diagnóstico de rutina de los condilomas acuminados. El pesquisaje del cáncer cervical por medio del test de Papanicolau es una prueba efectiva y barata para la prevención del cáncer cervical invasivo. En los Estados Unidos de América, las recomendaciones para el intervalo del despistaje varían, la American Cancer Society y las normas del American College of Obstetricians and Gynecologists recomiendan un pesquisaje anual para la mujer entre los 21 a 30 años de edad y después cada dos a tres años para las mujeres de más o menos 30 años, si las tres pruebas anuales consecutivas de Papanicolau son negativas.¹²⁹

La educación y los consejos son aspectos vitales para la atención a estas enfermas. Las parejas deben ser aconsejadas y examinadas con el objetivo de descartar la presencia de condilomas acuminados y otras ITS. Estos consejos les brindan la oportunidad de aprender que la infección por papiloma virus humano es común y probablemente compartida entre ambos y que deben ser evaluados para descartar otras ITS y la necesidad del despistaje del cáncer cervicouterino mediante la prueba de Papanicolau en la mujer.

Todos concuerdan en que el principal objetivo del tratamiento es erradicar las lesiones visibles, pero que no elimina la infección por el PVH y que

son frecuentes las recidivas.^{34, 99,129}

El *Programa nacional de control de las ITS* ⁴, resultado de los esfuerzos de la salud pública cubana en el decursar de los años, muestra una constante preocupación del Estado por el control de estas enfermedades; lo cual es decisivo para mejorar la salud reproductiva y de toda la población.¹³⁸

Los condilomas acuminados son objeto de atención en las pautas de tratamiento para las ITS, las cuales plantean como conducta a seguir ante dicha enfermedad: Tratamiento, manejo (sic) de las parejas sexuales, que deben ser evaluadas, recibir consejería y las que refieran síntomas deberán recibir igual tratamiento. Se comenta que la terapéutica no modifica la historia natural de la infección y no evita del todo el desarrollo de cáncer cervical, debido a la frecuente coexistencia de infección manifiesta con formas subclínicas.

En ese documento se expresa que está comprobada la relación causal existente entre la infección por varios tipos de papiloma virus humano y displasia, neoplasia intraepitelial y carcinoma invasivo del aparato reproductor en ambos sexos, en particular de cuello uterino, por lo que la prevención y atención adecuada a esta ITS se revierte en prevención de enfermedades que ocupan una de las primeras causas de vida sana perdida en la población.³⁰

En un estudio precedente en cien pacientes con cáncer cervicouterino, se halló que veintiocho presentaban lesiones de condilomas acuminados al examen físico. Al sumar estas con las que refirieron haberlos tenido anteriormente, se pudo comprobar que casi la mitad había padecido esta enfermedad.¹⁴⁰

Varela Álvarez y colaboradores en un trabajo investigativo en 568 pacientes con cáncer cervicouterino encontró que el 64% de las enfermas refirieron antecedentes de condilomas acuminados.⁴¹

A la luz de los conocimientos actuales, un abordaje efectivo de las ITS además de ser un enfrentamiento racional y objetivo contra un grupo de agentes infecciosos, representa una estrategia que permite prevenir neoplasias del aparato reproductivo, así como otras complicaciones de estas.³⁰

Desde 1968 el Ministerio de Salud Pública desarrolla un programa para el diagnóstico precoz del cáncer del cuello de útero en el país,⁵ que tiene como objetivo general disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad por cáncer del útero, mediante su detección en su etapa más temprana posible, lo que permite una terapéutica precoz y eficaz.

La población objeto de este programa es:

- Mujeres de 25 a 59 años de edad, que hayan tenido relaciones sexuales.
- Mujeres de 60 años y más que nunca se han hecho la prueba citológica.
- Mujeres de 60 años de edad y más que en la década de 50 a 59 años tienen solamente una ó dos citologías orgánicas negativas.

En relación con los grupos de riesgo, hace las siguientes recomendaciones:

1. Los grupos de bajo riesgo y que no deben ser incluidos en el programa de pesquisa son:

- Mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales.
 - Mujeres a quienes se les ha practicado histerectomía total por procesos benignos.
2. Los grupos de riesgo incluyen a todas las otras mujeres y dentro de este, se identifican subgrupos de alto riesgo:
- Aquellas mujeres que han comenzado las relaciones sexuales antes de los 20 años, de manera marcada las que comenzaron antes de los 18 años.
 - Aquellas mujeres que han tenido múltiples compañeros sexuales.
 - Mujeres que han padecido enfermedades de transmisión sexual, especialmente producidas por los llamados oncovirus: papiloma virus humano (condiloma) y herpes simple genital.

En dicho programa se consigna que debe considerarse muy importante el desarrollo de investigaciones encaminadas a establecer los grupos de riesgo del país, las que pueden comprobar lo establecido a nivel internacional o quizás encontrar variantes regionales que permitan establecer patrones nacionales.

Cada cierto tiempo el desarrollo científico, el papel de la epidemiología y la historia natural de la enfermedad, determinan revisiones y actualizaciones, de modo que mejore la eficacia de este programa y se logre la disminución de la mortalidad y la morbilidad de este tipo de cáncer.¹²²

Por lo anteriormente expuesto, se considera oportuno destacar, que el herpes

simple genital no es un oncovirus, sino un cofactor medio ambiental para la persistencia del PVH, mientras que el PVH es el agente causal de esta neoplasia.

2.2 Modelo teórico

Este trabajo tiene como premisas las características actuales del sistema cubano de salud, y su desarrollo a corto plazo. Se toman en cuenta, en particular, las características de los programas referidos a las ITS y al de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino.

0100090000037400000002001c0000000000400000003010800050000000b0200
000000050000000c02c4067907040000002e0118001c000000fb02ceff00000000
0009001000000000440001254696d6573204e657720526f6d616e000000000000
00000000000000000000040000002d01000004000000020101000500000009020
00000020d000000320a2d00000001000400000000007907c306201716001c00000
0fb021000070000000000bc02000000000102022253797374656d000000000000
000000018000000010000001874f107e4040000040000002d01010003000000000

0

Figura 5. Modelo teórico

Se han hallado en el diagnóstico causal del primer capítulo, como regularidades, una insuficiente preparación específica de los profesionales de la medicina involucrados en la atención a las pacientes con condilomas acuminados, en lo

referente a la infección por el papiloma virus humano, el papel oncogénico de alguno de estos virus, sus manifestaciones clínicas, su relación con los condilomas acuminados y el cáncer cervicouterino, así como en la atención integral a estas enfermas. En ese diagnóstico se encontró que dicha atención resulta afectada como consecuencia de las insuficiencias antes mencionadas, agravadas por otra regularidad, que consiste en el nivel de información que se les ofrece, muy inferior al que se brinda respecto a otras ITS, lo que pudiera ejemplificarse en relación al SIDA. Esto se ha podido corroborar al examinar los murales en hospitales, policlínicos y consultorios del médico de la familia, y al apreciar la información que aparece en los medios de divulgación masiva.

El proceso educativo de esas pacientes previsto en las pautas de tratamiento para las ITS se ve limitado también, debido a las insuficiencias reportadas en los profesionales que las atienden, mientras estos no tengan una adecuada actualización al respecto, y no se percaten de la importancia de los condilomas acuminados como indicadores de situaciones que pueden tener una mayor trascendencia e incluso comprometer la vida de la paciente, no podrán efectuar de manera eficaz esta tarea educativa. Por lo tanto el proceso educativo, esencial en la atención médica primaria para la atención a las pacientes con condilomas acuminados y una detección precoz del cáncer cervicouterino, muestra la existencia de vínculos sistémicos entre la actualización de los profesionales involucrados, la información que recibe la población en general y las pacientes portadoras de condilomas acuminados en particular, y las investigaciones médicas que sustentan la propuesta de este indicador, en las condiciones actuales del

municipio de Camagüey.

El criterio defendido en este estudio, de los condilomas acuminados como indicador de posible infección por virus de alto riesgo oncogénico, se basa en la literatura revisada y en los hallazgos de investigaciones precedentes.^{140,150} Por estas razones se prioriza, desde el punto de vista sistémico, las peculiaridades del sistema de salud en Cuba, concretamente ejemplificada en el municipio Camagüey, los dos programas de salud más relacionados con estas enfermedades, las pacientes (en especial su nivel de información respecto a esta ITS) y al personal de salud involucrado en su atención (sobre todo su capacitación específica, en lo referente a esta enfermedad).

La contradicción fundamental que mueve el proceso estudiado es la que hay entre la existencia en el país de dos programas particularmente dedicados a estas enfermedades y una atención a ellas que todavía resulta inadecuada.

Existe desorden o entropía, cuando en un sistema aparecen resultados inferiores a los que se deben esperar, y para solucionar esto hay que aportar algo desde el exterior. Se introduce, como solución transitoria, el empleo de los condilomas acuminados como indicadores de posible infección con virus oncogénicos, que con la coexistencia de factores de riesgo adicionales, favorecen el desarrollo del cáncer cervicouterino

La introducción de la concepción del condiloma acuminado como indicador, entra en contradicción con las insuficiencias de capacitación especializada en este

aspecto en el personal de salud involucrado. Se introduce como solución un curso de capacitación que debe estar centrado en motivar a este personal y ponerlo en condiciones para que profundicen su actualización de manera independiente.

La nueva condición obtenida permite enfrentar el insuficiente conocimiento que tienen las pacientes acerca de su enfermedad, ya que el personal que las atiende se encontrará en mejores condiciones para realizar con ellas el proceso educativo previsto en los programas, así como apoyar por diferentes vías una mejor divulgación acerca de esta ITS.

La interacción de profesionales de la salud capacitados en este campo y de pacientes mejor informadas acerca de su enfermedad, debe llevar a una atención médica más eficaz de las enfermas, sin que esto implique inversiones, ni transformaciones costosas en locales y equipamientos. Esta atención más eficaz debe expresarse en un mejor funcionamiento, como sistemas, de los programas de ITS y de diagnóstico precoz del CCU; lo que implica una mejor sinergia, con disminución de la entropía mientras se incrementa la homeostasis.

Una asistencia médica más eficaz debe entrar en contradicción con la regularidad encontrada en el diagnóstico, que se expresa en que un 85,5% de pacientes con cáncer cervicouterino fueron diagnosticadas fuera del programa correspondiente.

Se considera que este modelo llevado a un algoritmo, que racionalice la atención integral a estas enfermas en las condiciones del sistema en el municipio de Camagüey, aportará un mejor funcionamiento del programa de ITS y será una vía

más que favorezca el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino.

2.3. Algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados

Se asume la siguiente definición de algoritmo: Conjunto ordenado y finito de operaciones que permite hallar la solución de un problema. ¹⁴¹

Para elaborar el algoritmo se consideró, una revisión exhaustiva de la literatura sobre el tema, del *Programa nacional de control de las ITS*, de las pautas para el tratamiento de las ITS y del *Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino*, la propia experiencia de más de 30 años en la atención a enfermas con esta entidad, el análisis de la situación encontrada en cuanto al nivel de conocimiento sobre la infección por PVH, condilomas acuminados y cáncer cérvico uterino de los especialistas implicados en la atención a las pacientes con condilomas acuminados, y las dificultades observadas en la atención brindada a estas enfermas. Además se utilizó un grupo nominal integrado por profesionales de probada experiencia: un Doctor en Ciencias Médicas, una Profesora Auxiliar en Ginecología y Obstetricia verticalizada en Patología de Cuello, tres Profesoras Consultantes en Dermatología, dos de las cuales fueron jefas provinciales del programa de ITS durante años y dos son investigadoras agregadas, un Profesor Consultante en Oncología, una Profesora Auxiliar en MGI, un Instructor en Dermatología, Diplomado en Administración de Salud y una Licenciada en Enfermería, especializada en ITS y lepra, asesora provincial de enfermería del programa ITS/VIH/SIDA y Máster en enfermedades infecciosas.

Paciente femenina con condilomas acuminados

Examen físico a pacientes y contactos. Notificar y tratar
Especialista en ITS y lepra

Localización de resultado AS. Elaboración de guías de práctica clínica y factores de riesgo. Educación sanitaria.
condones y preservativo. Examen físico a pacientes y contactos. Notificar y tratar

Examinar factores de riesgo

Examen físico ginecológico
Acido acético
chiller
vaginal simple y con test de Gram
ORL, VIH
Citología orgánica de cuello uterino
sanitaria
Educación

Consulta de Proctología

Figura 6. Algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados (Abreviado de Figura 7. Anexo 15).

A continuación se expone su funcionamiento. (Figura 6).

En Cuba, todas las pacientes tienen acceso a las diferentes unidades de salud, eligen libremente, en muchas ocasiones, a qué médico consultar. A partir de ese momento, hay que evitar la falta de sistematicidad, lo que implica precisar qué deben hacer cada uno de estos profesionales en el caso de ser el primero en atender a una paciente que presente esta enfermedad, y es necesario que se inicie un proceso sistemático de atención integral.

Una vez que llega la paciente a cualquier nivel de atención de salud debe ser remitida al médico de la familia.

El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia se ha ratificado como el eje central del actual desarrollo, y el resto de las estrategias se orientan a partir y en función de él, esto hace que permanentemente se tomen medidas para perfeccionarlo. ¹⁴²

El equipo básico de salud es el indicado para aplicar las medidas de prevención y diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino. El médico de la familia forma parte de un equipo de trabajo multi e interdisciplinario. ¹²³

Según Mendoza del Pino,¹²² la Atención Primaria de Salud es la asistencia médica encaminada a solucionar las necesidades y problemas de salud concretos y propios de cada comunidad, que han de ser abordadas mediante actividades coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación, y al mismo tiempo potenciar la autorresponsabilidad del individuo y la comunidad con una participación activa. Esta especialidad comprende un conjunto de procedimientos y servicios, así como la protección de grupos poblacionales específicos y la atención de problemas de salud con las tecnologías apropiadas. Es el primer nivel de contacto del Sistema Nacional de Salud con las personas, la familia y la comunidad.

El médico general integral realizará anamnesis detallada, determinará factores de riesgo, realizará examen físico completo, incluido el examen ginecológico con espéculo, el test de ácido acético en mucosa vaginal, y cuello uterino, test de Schiller, indicará V.D.R.L (Venereal Disease Research of Laboratory), exudado vaginal con test de Gram, antígeno de superficie para hepatitis B (AgHBs), VIH, citología orgánica de cuello uterino, educación sanitaria, dispensarizará a la paciente como un grupo II, puesto que es un caso de riesgo de enfermedad , pero aún no corroborado, como se establece en la Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar,¹⁴³ referirá a la enferma con el dermatólogo, para confirmación de diagnóstico, notificación y tratamiento en caso de tratarse de dicha afección y citará a la paciente a una segunda consulta, para valoración de resultados de exámenes de laboratorio.

Con gran frecuencia el condiloma acuminado se asocia a otras ITS, por lo tanto se deben investigar otras infecciones de transmisión sexual. ¹⁴⁴

Los condilomas acuminados no forman parte del Programa de ITS, pero sí están contemplados en las pautas de tratamiento para ellas, normadas por el MINSAP, lo que pudiera considerarse como una contradicción. Esto hace que, aunque a todo paciente con ITS está establecido en el país que se le indiquen complementarios para descartar otras ITS asociadas, sin embargo en muchas ocasiones a las pacientes con condilomas acuminados no se les indica. Es importante descartarlas, ya que además son factores que favorecen la persistencia del papiloma virus humano. ^{25, 43,82}

El ONUSIDA y la OMS ¹⁴⁵ han establecido que el control de las ITS constituye uno de los mecanismos de intervención prioritarios para la prevención de la transmisión del VIH.

Se señala que existe una fuerte asociación entre *Trichomonas vaginalis* y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino y que la *Gardnerella vaginalis* es detectada en el 50% de las pacientes con tumores malignos del cérvix. ¹⁴⁶

En dos estudios previos sobre los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer cervicouterino, uno en pacientes con el diagnóstico de condilomas acuminados (147) y otro en pacientes con el diagnóstico de CCU, ¹⁴⁸ se encontró que un 57,4% y un 43,0% respectivamente tenían ITS asociadas, con predominio de la Clamidia y la Gardenellosis en la primera, mientras que en la segunda prevaleció la candidosis vaginal. En las enfermas con cáncer cervicouterino se

halló, además, que el hábito de fumar, la cervicitis, el cambio frecuente de parejas sexuales, la multiparidad y el uso prolongado de anticonceptivos orales estuvieron presentes como factores para la persistencia del papiloma virus humano.

Rojas Rivero y colaboradores, en un estudio a adolescentes, demostraron que las que presentaban una infección activa o pasada por *Trichomonas vaginalis* tenían más posibilidades de contraer una infección por PVH que las que no tenían esta condición.¹⁴⁹

Por todo lo antes expuesto, se introduce en el algoritmo la indicación del exudado vaginal simple.

En otra investigación precedente en mujeres con condilomas acuminados, se encontró que el 98% de las pacientes estudiadas había iniciado las relaciones sexuales antes de los 20 años de edad, con un predominio del grupo de 16 a 19 (57%), seguido del de 12 a 15 (41%).¹⁵⁰ Estos grupos de edades se consideran como de alto riesgo en el *Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino*.⁵

La conducta sexual de riesgo, así como otros factores medio-ambientales (edad, hábito de fumar, contraceptivos orales, paridad, estado de inmunosupresión y VIH, otras infecciones de transmisión sexual como *Clamydia sp* y Herpes virus) constituyen factores predisponentes citados por Premoli.¹⁵¹ La infección por papiloma virus humano es más frecuente en mujeres con varias parejas sexuales y menos de 25 años de edad.¹⁵²

El consumo de cigarrillo aumenta el riesgo de NIE II-III 2,6 veces con efecto dosis dependiente.¹⁵³ El hábito de fumar se considera un desencadenante, ya que la acumulación de la nicotina y de su producto de degradación, la cotinina, en las células de vigilancia inmunológica de las glándulas productoras de moco, interfieren con el funcionamiento normal de esas células.^{19, 42,80} Valentín Martínez y Torrientes Hernández añaden que este hábito por más de 15 años en la mujer climatérica influye doblemente por estar demostrado que es consumidor de estrógeno, que a esta edad está disminuido.¹⁴

Se ha demostrado la presencia de papiloma virus humano cervical o vulvar en un 17% a 21% de las mujeres con una pareja sexual, y en 69% a 83% de las mujeres con cinco o más parejas sexuales.¹⁵⁴

La infección por PVH es la causa necesaria del cáncer de cérvix, pero no es de ninguna manera suficiente para el desarrollo de este tumor, la persistencia del virus en el epitelio cervical es fundamental^{19,79,155} por lo que es importante establecer los factores de riesgo, los que favorecen la adquisición y la persistencia de este virus.^{19, 25, 80,146} El médico de medicina general integral puede obtener estos datos con facilidad por su vinculación directa con la comunidad.

El test de ácido acético permite la detección subclínica de la infección por PVH,^{29,36} el test de Schiller permite detectar anormalidades del epitelio cervical,¹⁵⁶ lo cual es importante si se tiene en cuenta la asociación de los condilomas acuminados con la forma subclínica de la infección por PVH, esta última ocasionada generalmente por virus oncogénicos,²⁶ por lo que se introducen estas

pruebas auxiliares de diagnóstico, así como la realización de la citología orgánica y la colposcopia en el algoritmo propuesto.

En el *Manual Merck* se plantea que las mujeres portadoras de verrugas endocervicales precisan de un seguimiento regular, exploración colposcópica o citología cervical dos veces al año y el CDC ¹²² recomienda que las mujeres con condilomas acuminados deben ser aconsejadas para que se realicen un despistaje regular con la prueba de Papanicolau.¹⁵⁷

Spitzer comenta que la disminución de la mortalidad por CCU en los EE.UU., en las últimas cinco décadas, puede ser atribuida a la implementación de programas de pesquisaje basados en las normas recomendadas, que orientan que debe ser realizado tres años después del inicio de las primeras relaciones sexuales, pero nunca más tarde de los 21 años de edad, que debe ser continuado hasta los 65 ó 70 años y señalan que la Sociedad Americana del Cáncer y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomiendan la realización de una citología orgánica anual, aunque en mujeres de 30 o más años con tres citologías negativas, este puede ser realizado cada dos o tres años.¹⁵⁸

En una investigación previa en mujeres con condilomas acuminados, se encontró que en la citología orgánica el cinco por ciento presentó NIC, el cuatro por ciento NIC I y el uno por ciento NIC II, y en la biopsia de cuello uterino el 10 % tenían NIC, 9% NIC I y uno por ciento NIC II.¹⁵⁰ EL NIC II constituye una lesión de alto riesgo, el NIC I pudiera tratarse de alteraciones ocasionadas por los condilomas acuminados, que pueden

regresar, pero también pueden tratarse de lesiones que evolucionarán a NIC II. Dos de las indicaciones precisas de la citología orgánica son como método de detección primaria y para la valoración pronóstica y de seguimiento de las lesiones de bajo grado.²⁹

Martínez Chang y Sarduy Nápoles en una investigación en adolescentes que acudieron a consulta de patología de cuello, hallaron que el 22,2% presentó neoplasia intraepitelial con predominio del NIC I y el NIC II, las que correspondían a un mayor número de pacientes de colposcopia positiva. En las biopsias por ponche el NIC II fue el más frecuente. Los autores expresan que en base a los hallazgos del estudio, sin modificar las normas del *Programa nacional de detección precoz del cáncer cervicouterino* es importante realizar estudios citológicos y colposcópicos a pacientes menores de 25 años siempre que existan factores de riesgo. ¹⁵⁹

Ponce Rodríguez y colaboradores, en un estudio sobre la infección por papiloma virus humano, concluyen que es recomendable el estudio citológico de pacientes jóvenes, siempre que existan factores de riesgo presentes y la valoración para posible modificación en un futuro, en los límites de edad que comprende el *Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino* y expresan que a pesar de los estudios de tipificación del PVH, continúa siendo fundamental el uso de la tríada citología-colposcopia-biopsia en nuestro medio, aprovechando las facilidades que ofrece el *Programa nacional de detección precoz del cáncer cervicouterino*. ¹⁶⁰

La zona de transformación del cuello uterino es la unión entre el epitelio columnar del endocérvix y el epitelio escamoso del ectocérvix. Es un sitio de continuos cambios metaplásicos. Una metaplasia escamosa atípica, inducida por el virus que se desarrolle en esta región, puede progresar a una lesión de alto grado, que también se conoce como NIC II o NIC III. ⁴⁵

El médico general debe remitir a la paciente al dermatólogo del policlínico para el diagnóstico positivo de esta enfermedad, el llenado de la tarjeta de enfermedad de notificación obligatoria de la paciente y el tratamiento.

El dermatólogo realizará interrogatorio a la paciente y a sus contactos, insistirá en determinar los factores de riesgo, hará un examen físico completo de la piel, mucosas, anejos cutáneos y de los genitales, con el objetivo además de descartar otras ITS asociadas, llenará la tarjeta de declaración de enfermedades de notificación obligatoria, realizará educación sanitaria, remitirá a la enferma con la enfermera especialista en ITS y lepra, y tratará a la paciente, luego de que estén los resultados de los exámenes complementarios indicados por el médico general integral, ya que pudiera tener una ITS asociada, además de que el paciente pudiera no acudir más a consulta una vez recibido tratamiento tópico.

La capacidad de transmisión de la infección es muy alta, y se considera a todo contacto como potencialmente infectado.⁹⁹ Es fundamental recalcar la influencia del compañero sexual (varón) en la epidemiología de esta enfermedad. El varón es un reservorio que disemina la enfermedad, ya que es portador sin lesiones visibles.¹⁶¹

Álvarez Ramírez halló en 112 varones con infección por PVH, que 50 eran sintomáticos y 62 asintomáticos. El problema era desconocido por los mismos y por tanto eran potenciales transmisores de la enfermedad a la pareja o parejas sexuales. Este autor señala una investigación en hombres compañeros de mujeres con lesiones cervicales por papiloma virus humano en la que se demostró que el 88% tenían signos histológicos de condilomas, de los cuales el 72% eran formas subclínicas; apunta que otros estudios han demostrado que el 66% o más de las parejas sexuales de mujeres con neoplasias intraepiteliales cervicales tienen infecciones subclínicas en el pene y que hasta el 80% de las parejas de mujeres que presentaron alteraciones en la prueba de Papanicolaou pueden presentar algún tipo de lesión o infección.²⁹

En un estudio precedente realizado en pacientes con condilomas acuminados,¹³⁷ se halló que el 44,9% de las parejas examinadas tenían CA y en otra investigación previa en mujeres con CCU se encontró que la décima parte de sus parejas refirieron el antecedente de haberlos tenido.¹⁴⁰

En las pautas de tratamiento para las ITS³⁰ se establece que las parejas de pacientes con infección por PVH deben ser evaluadas y recibir consejería. En los Temas de MGI, en el capítulo "Afecciones infecciosas más frecuentes", uno de los acápite está dedicado a la infección por PVH, y en las medidas preventivas se señalan la búsqueda de contactos y de la fuente de infección.¹⁶²

La enfermera especialista en ITS y lepra realizará entrevista para obtener los contactos sexuales, brindar consejería, entregar condones y promover su uso,

llenará la ficha epidemiológica de ITS con factores de riesgo y anotará los resultados de la prueba citológica cada seis meses, durante dos años. En el algoritmo se introduce la realización de la encuesta epidemiológica que incluye el estudio citológico, la que deberá entregar a la enfermera asesora del programa ITS/VIH/SIDA.

Estas trabajadoras de la salud saben como ayudar a eliminar la resistencia al cambio de comportamiento, ayudan a las enfermas a encontrar formas de reducir el riesgo y la incomodidad relacionada con el tema de la actividad sexual y las ITS, saben ganarse la confianza de los enfermos, escuchar, preguntar y aconsejar a cada paciente individualmente.

Figuroa, refiriéndose a la epidemiología del papiloma virus humano, manifiesta que en un grupo de mujeres jóvenes que habían iniciado recientemente la vida sexual activa, se encontró que aquellas mujeres cuyas parejas usaron condones en todas sus relaciones sexuales en los ocho meses anteriores a la prueba de detección de PVH, presentaron una probabilidad 70% inferior de adquirir una nueva infección por PVH que aquellas mujeres cuyas parejas habían usado el condón en menos del 5% de sus relaciones.¹⁶³

El dermatólogo contrarreferirá a la paciente con el médico general integral, con el diagnóstico establecido de condilomas acuminados, y este último la dispensarizará como Grupo III, como está establecido en la carpeta metodológica **de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar**,¹³⁴ ya que es una persona enferma. En segunda consulta valorará el resultado de los exámenes complementarios y si

VDRL, AgHBs, exudado vaginal y/o test de Gram anormales, actuará según programa; y, por último, referirá la paciente al colposcopista, con el resultado de la citología orgánica.

Se introduce la realización de la colposcopia en toda paciente con condilomas acuminados, ya que este medio auxiliar de diagnóstico es importante para la detección subclínica de la infección por PVH y unida al examen citológico ofrecen un valor predictivo negativo cercano al 100% para la neoplasia de cérvix.²⁸

El colposcopio es un recurso invaluable para estudiar a la paciente con patología vulvar y es el implemento ideal para evaluar la morfología de la lesión, conocer su extensión e identificar lesiones adicionales. Independientemente de lo clásico que puede parecer un condiloma, es necesario establecer el diagnóstico correcto. Algunos colposcopistas recomiendan hacer una valoración colposcópica de la totalidad de las vías genitales, aun en los casos más clínicamente obvios de condilomas vulvares, porque muchas de estas mujeres tendrán una enfermedad asociada con PVH en otras zonas, como periné, vagina y cuello uterino.¹⁶⁴

En una investigación ya referida, se refuerza la importancia de la realización de la colposcopia, puesto que pudo apreciarse en mujeres con condilomas acuminados, que el 46% de estas presentaban alteraciones colposcópicas, destacándose el epitelio acetoblanco con 21%, seguido del epitelio acetoblanco más punteado en el 18% de las enfermas. Los resultados indicaron que existían alteraciones del epitelio cervical, que pudieran tratarse de infección subclínica por PVH (150). Tamayo Lien y Varona Sánchez resaltan

la importancia del estudio colposcópico en pacientes con infección por PVH.¹²¹

En México, Sánchez y colaboradores exponen que la infección por el papiloma virus humano precede en el tiempo a la aparición de la neoplasia intraepitelial cervical y que en este país el diagnóstico de estas infecciones se basa fundamentalmente en la tríada citología colposcopia-biopsia, y que conforme con las normas, las lesiones de bajo grado compatibles con NIC I y las de alto grado son objeto de estudio, tratamiento y seguimiento; sin embargo, sólo se incluyen mujeres entre 25 y 60 años para la pesquisa.¹⁰⁵

El colposcopista realizará anamnesis, examen ginecológico, colposcopia y test de Schiller; si la colposcopia es normal, se efectuará seguimiento colposcópico semestral por dos años, y si continúa normal se enviará a la consulta de ginecología de atención primaria para su seguimiento, como está establecido en el *Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino*.³⁴ Si en este periodo de tiempo apareciera una imagen colposcópica anormal, se actuaría como lo orienta dicho programa, que es como se expresa a continuación:

Si la colposcopia es anormal, se realizará biopsia de cuello, si el resultado es normal, se impondrá tratamiento según imagen colposcópica y seguimiento colposcópico semestral por dos años, y posterior seguimiento ginecológico por su área de salud. Si la histopatología es anormal, se impondrá tratamiento y seguimiento colposcópico a los cuatro meses, a los seis meses del anterior y al año por dos años, y posteriormente se remitirá para seguimiento ginecológico en la atención primaria de salud.

Sanabria Negrín y colaboradores, en un estudio acerca de la prevalencia del papiloma virus humano en el cuello uterino, manifiesta que son válidas las estrategias poblacionales e individuales para prevenir la infección y disminuir el riesgo de padecer el cáncer del cuello uterino.¹⁶⁵

2.4- Propuesta de curso de capacitación

Se considera, a partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico acerca de los conocimientos de los profesionales de la salud involucrados, y de la valoración de la atención integral a estas pacientes, que deben desarrollarse cursos anuales de capacitación dirigidos a dermatólogos, ginecólogos y ginecólogos verticalizados en patología de cuello, médicos generales integrales, cirujanos, proctólogos y urólogos, a las enfermeras de los consultorios, y enfermeras especialistas en ITS/VIH/SIDA y lepra, con la finalidad de subsanar las deficiencias encontradas referentes a los conocimientos sobre la infección por PVH, sus manifestaciones clínicas, tipos de PVH, el papel oncogénico de algunos de ellos, su relación con los condilomas acuminados y el cáncer cervicouterino, factores de riesgo, mecanismos de transmisión y la atención integral a estas pacientes.

El objetivo general del curso propuesto es capacitar al personal de salud implicado en la atención a las pacientes que presentan condilomas acuminados.

Los objetivos específicos son:

- Analizar el papel oncogénico de ciertos PVH, su clasificación en relación con su oncogenicidad y sus diferentes manifestaciones clínicas, mecanismo de

transmisión, factores de adquisición, progresión y regresión de la infección por papiloma virus humano.

- Establecer la relación entre infección por PVH, condilomas acuminados y cáncer cervicouterino.
- Describir la conducta a seguir ante una paciente con condilomas acuminados.

Contenidos:

- El papiloma virus humano: epidemiología, estructura, caracterización, biología molecular de los PVH; distribución de tipos virales; taxonomía, propiedades, ciclo del papiloma virus humano en los epitelios en diferenciación.
- Clasificación de los PVH según riesgo oncogénico: mecanismo de transmisión, clasificación clínica de la infección por este virus, historia natural de la infección y regresión/persistencia de la infección por papiloma virus humano.
- Factores de persistencia: factores virales, genéticos y medio ambientales.
- Cáncer cervicouterino: situación epidemiológica mundial, nacional, provincial y municipal; etiología, factores de riesgo, clasificación histológica, clasificación clínica; estadificación clínica, diagnóstico y prevención.
- Condilomas acuminados: concepto, sinonimia, etiología, factores predisponentes de adquisición, cuadro clínico, diagnóstico, evolución y pronóstico y tratamiento médico.
- Condilomas acuminados. Conducta a seguir: notificación, interrogatorio, examen físico, colposcopia, test de ácido acético, test de Schiller, exámenes de laboratorio, citología orgánica, seguimiento, dispensarización, conducta

epidemiológica (entrevista y examen a la pareja sexual, consejería, promoción de uso de condones) y tratamiento.

- Roles del médico y de la enfermera: rol del MGI, dermatólogo, ginecólogo, enfermera del consultorio y de la enfermera especializada en ITS y lepra.

Se recomiendan métodos productivos como el problémico y el heurístico.

Los principales medios de enseñanza serán pizarrón y computadora. El curso incluye las acciones directas sobre pacientes en consultas bajo dirección de especialistas en dermatología y ginecología. Ocupan especial lugar la bibliografía especializada, y páginas web con los aspectos antes expuestos, de manera que sea posible que se actualicen y profundicen en la temática.

Para alcanzar los objetivos propuestos, y tratar los contenidos antes señalados, se recomienda que estos cursos sean a tiempo parcial, con un total de 64 horas, cuatro créditos académicos. La organización puede ser con ocho horas semanales y un total de ocho días de clases, con 8 horas docentes cada uno.

Como formas organizativas se sugieren seis conferencias de dos horas cada una, 12 horas de trabajo práctico en consultas, un seminario y cuatro horas de evaluación.

La evaluación se hará mediante seminarios, así como por participación en las diferentes actividades. Debe incluir una evaluación final escrita. La bibliografía mínima recomendada se encuentra en el Anexo 16.

Los condilomas acuminados no forman parte del programa de ITS, por lo cual no

se designa un epidemiólogo para el control de estas pacientes, y es el motivo de la no inclusión de este especialista entre el personal médico que debe incorporarse a estos cursos.

No obstante, si se toma en consideración esta propuesta de algoritmo, en la medida que se aplique, entonces deberá ser incluido un especialista en epidemiología para el control de las enfermas, lo que traerá como consecuencia la conveniencia de su incorporación a este proceso de capacitación.

2.5- Conclusiones

- Se desarrolla un modelo teórico que se basa en utilizar el condiloma acuminado como indicador de lesiones precursoras del cáncer cervicouterino en la intersección de los programas de ITS y CCU, con incremento de la sinergia entre ambos, que incluye la capacitación del personal de salud involucrado, así como la información a las enfermas, y la sistematización del proceso de atención integral a las mismas, dentro de las características del sistema de salud cubano.
- Se estableció un algoritmo que se caracteriza por precisar las acciones que deben realizar los diferentes profesionales de la salud involucrados y su secuencia, de manera argumentada, y con el énfasis que el modelo cubano de salud otorga al médico general integral.
- La propuesta de curso de capacitación se ajusta al diagnóstico de los conocimientos acerca de la infección por papiloma virus humano, el condiloma acuminado y el cáncer cervicouterino del personal de salud

involucrado.

Capítulo 3

Valoración del algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados

CAPÍTULO 3. VALORACIÓN DEL ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES CON CONDILOMAS ACUMINADOS

En este capítulo se realiza una valoración de los resultados obtenidos en esta investigación con la aplicación de la variante Delphi del método de expertos y una introducción parcial en la práctica.

Objetivos del capítulo

- Aplicar la variante Delphi del método de expertos para la valoración del

algoritmo propuesto.

- Capacitar al personal involucrado en la aplicación del algoritmo.
- Introducir de forma parcial el algoritmo en el área del Policlínico Universitario “José Martí Pérez”.

La introducción parcial de la propuesta en el Policlínico Universitario “José Martí Pérez” de la ciudad de Camagüey, se efectuó en los consultorios tipo I números: 4, 7, 9, 19, 20 y 23 con la aplicación del algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados, previa capacitación del personal implicado en el proceso, lo que permitió valorar el curso que se propone al efecto. El método de expertos se apoyó en planillas entregadas directamente o enviadas mediante el correo electrónico a especialistas prestigiosos vinculados con la temática, que ejercen en las distintas provincias del país.

Los resultados que arrojan estas dos vías y las propias observaciones hechas a lo largo de la práctica médica, y en especial de este trabajo, se han triangulado para poder apreciar las coincidencias y discrepancias existentes.

3.1.- Aplicación de la variante Delphi del método de expertos

Se decidió consultar con expertos cuestiones que fueron consideradas esenciales dentro de la propuesta que hace el presente trabajo. Estos aspectos fueron los siguientes:

- Existe la necesidad social de mejorar la atención a las pacientes con

condilomas acuminados.

- Hay insuficiente divulgación acerca de la infección por el papiloma virus humano y sus manifestaciones clínicas.
- El nivel de conocimiento que posee el personal médico acerca de la infección por el PVH es inferior al que poseen en relación con otras ITS.
- La elaboración de un algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados que coordine lo establecido en los programas de ITS y de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, permitirá colaborar al diagnóstico precoz de esta neoplasia.
- El algoritmo debe tener como bases teóricas el criterio del condiloma acuminado como indicador de posible infección por virus de alto riesgo oncogénico, la existencia de pruebas complementarias sencillas al alcance en la atención primaria de salud que permitan detectar lesiones precursoras del cáncer cervicouterino, así como la necesidad de una atención interdisciplinaria de esta enfermedad.
- El aporte teórico de esta investigación consiste en un modelo que permite coordinar las posibilidades que ofrecen los programas cubanos de ITS y de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, a través de una atención integral a las pacientes que presentan condilomas acuminados.

El aporte práctico está dado por un algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, mediante una atención integral a estas pacientes.

La novedad está centrada en el empleo del condiloma acuminado como indicador de infección por virus de alto riesgo oncogénico y la atención integral a estas

pacientes, con lo que se logra la interacción de los programas de ITS y de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en las condiciones propias del sistema de salud cubano, sin inversiones adicionales.

Al inicio se escogieron 50 expertos de reconocido prestigio, con una vasta experiencia en sus diferentes especialidades, vinculados a la asistencia médica a estas enfermas, a los que se les aplicó una encuesta para su selección. La encuesta se puede ver en el Anexo 17. De ellos, respondieron 34, y se seleccionaron los 30 con los mejores coeficientes de competencia.

El coeficiente de competencia se determinó mediante la siguiente fórmula:

$k = \frac{1}{2} (k_c + k_a)$, donde k_c es el coeficiente de conocimientos y k_a es el coeficiente de argumentación.

De los 30 expertos seleccionados, 26 obtuvieron un coeficiente de competencia por encima de 0,8, es decir, alto. El resto presentaba coeficientes medios, entre 0,5 y 0,8.

A los expertos se les sometió a consideración una encuesta, en la que se trataban aspectos fundamentales de la investigación (Anexo 18). A cada una de las preguntas realizadas, ninguno de los expertos propuso modificaciones, por el contrario, existió una aceptación general.

Veintisiete expertos tienen categoría docente, de ellos 15 son Profesores Titulares o Profesores Auxiliares. 10 poseen la categoría especial de Profesor Consultante.

La tabla 10 (Anexo 19) ilustra sobre la formación postgraduada del grupo y la riqueza de especialidades involucradas en la consulta. Resalta la vasta experiencia y el elevado nivel de este conjunto de profesionales, lo que hace más valiosa su colaboración, ya que de ellos 19 poseen el segundo grado de su especialidad. La presencia de 15 con título de Máster y de 2 Doctores en Ciencias Médicas evidencia la formación investigativa, mientras que puede también apreciarse el amplio apoyo que ofrece la experiencia, que resulta fortalecido en algunos casos, por la responsabilidad que enfrentan en niveles provinciales y nacional, en el manejo de programas de ITS y de CCU.

Otros datos de interés relacionados con los expertos.

Son miembros del grupo:

La responsable nacional del programa de ITS/VIH/SIDA.

Una responsable provincial del programa de ITS/VIH/SIDA.

Un asesor provincial del programa de ITS/VIH/SIDA.

Un miembro de la Comisión Provincial de ITS/VIH/SIDA.

El director del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, que fue Vicedirector provincial de Asistencia Médica.

El responsable del programa provincial de cáncer.

Una miembro del grupo provincial de diagnóstico precoz del CCU.

Los especialistas en Anatomía Patológica son, además, citólogos.

Una asesora provincial de enfermería en el programa ITS/VIH/SIDA.

El Anexo 20 muestra detalles de la aplicación de la variante Delphi del método de expertos. Luego de calcular los puntos de corte, pudo comprobarse que la columna N-P, para todos los aspectos consultados, presenta valores menores que 1,35, lo que indica que han sido evaluados como “muy adecuados” por la media de los expertos. Esto se resalta en la tabla 15 del Anexo 20.

3.2. Introducción parcial de los resultados en el área del Policlínico

Universitario “José Martí Pérez” de Camagüey

3. 2.1. Capacitación del personal involucrado en la aplicación del algoritmo

Se realizó un curso de capacitación en la APS, dirigido a especialistas de medicina general integral, ginecólogos, dermatólogo, enfermeras de los consultorios, enfermeras especialistas en ITS y lepra, del Policlínico Universitario “José Martí Pérez. Además conferencias de dos horas dirigidas a cirujanos, dermatólogos, proctólogos y urólogos de la ASS, con el fin de dar cumplimiento al objetivo número dos.

El curso y las conferencias consistieron en actualizar a los médicos y enfermeras involucrados en la atención a las pacientes con condilomas acuminados acerca de la infección por PVH, sus manifestaciones clínicas, tipos de PVH, el papel oncogénico de algunos de ellos, su relación con los CA y el CCU, factores de riesgo, mecanismo de transmisión y la atención integral a estas enfermas.

Se recomendó bibliografía especializada, y páginas web con los aspectos antes expuestos, de manera que mantuvieran su actualización y profundizaran en la temática. La bibliografía mínima recomendada se encuentra en el Anexo 21.

El curso se acreditó debidamente en el ISCM de Camagüey con categoría municipal, con un total de 64 horas, cuatro créditos académicos. Comenzó el 5 de septiembre y concluyó el 27 de octubre del 2007. Se realizó a tiempo parcial, 8 horas semanales divididas en miércoles y sábados (con un total de 8 días de clases, con 8 horas cada uno, 8 horas de trabajo práctico y 8 horas de evaluación). Se impartieron siete conferencias con el contenido recomendado en el capítulo anterior.

Al finalizar el curso y las conferencias, se aplicaron nuevamente las encuestas acerca del nivel de conocimiento que poseían estos facultativos, y la evaluación fue de “adecuada” en todos los grupos.

El curso motivó gran interés y creó las bases para la aplicación del algoritmo.

3.2.2. Introducción parcial del algoritmo en pacientes del Policlínico

Universitario “José Martí Pérez”

En una investigación aplicada, con elementos de preexperimento, se introdujo el algoritmo que se propone, en los consultorios: 4, 7, 9, 19, 20 y 23 del Policlínico Universitario “José Martí Pérez”, todos ellos del tipo I, durante el período comprendido del 2 de noviembre de 2007 al 30 de octubre de 2008.

Se efectuó reunión previa con los especialistas en medicina general integral y enfermeras de los consultorios seleccionados y se garantizaron los materiales

necesarios para lograr una efectiva aplicación del algoritmo.

El universo de estudio estuvo constituido por las pacientes que acudieron a consulta por lesiones presuntivas de condilomas acuminados. De ellas, se trabajó con todas las que dieron su consentimiento informado (Anexo 22). Fueron 15 pacientes, de las cuales tres fueron enviadas de la consulta externa de Dermatología del Hospital Provincial Universitario “Manuel Ascunce Domenech”.

Para la recolección de los datos del grupo objeto de estudio, se confeccionó una encuesta (Anexo 23) en la que se registraron las variables: edad, estado civil, orientación sexual, conducta sexual de riesgo, antecedentes de ITS, factores de riesgo, antecedentes de condilomas acuminados en la pareja sexual, examen físico, resultado de medios complementarios de diagnóstico (exudado vaginal simple y con tinción de Gram, VIH, VDRL, AgHBs, test de Schiller, test de ácido acético, colposcopia, citología orgánica) y examen físico en la pareja sexual.

El especialista de medicina general integral realizó un interrogatorio y se determinaron los factores de riesgo para la posible persistencia del PVH (edad de comienzo de las primeras relaciones sexuales, cambio frecuente de pareja, antecedentes de ITS, hábito de fumar, multiparidad, uso prolongado de anticonceptivos orales, cervicitis y pareja sexual promiscua).

Tabla 16. Distribución de las pacientes según grupos de edades

Grupo de edad	No	%
12-15	2	13,3
16-19	6	40,0
20-24	3	20,0
25-29	4	26,7
Total	15	100,0

El mayor número de pacientes se encontraba en las edades comprendidas por debajo de los 24 años de edad (73,3%),

con una mayor incidencia en el grupo de edad entre 16 y 19 (40,0%) (Tabla 16).

Fuente: Encuestas

Sijvarger y colaboradores, en mujeres con verrugas anogenitales, encontraron también un predominio del grupo de 16 a 19 (57%), seguido del de 12 a 15 (41%) y solo un dos por ciento pertenecía al grupo de 20 a 24.¹⁶⁶

En un estudio previo se halló una mayor incidencia en el grupo de 20 a 24 años, (137); por el contrario, se apreció en otra investigación precedente un predominio del grupo de 12 a 15, seguido del de 16 a 19 con 53% y 24% respectivamente.¹⁵⁰

Todas las pacientes refirieron ser heterosexuales, ocho eran solteras (53,3%), cuatro casadas (26,7%) y tres (20%) con unión consensual, lo que coincide con

otra investigación ya referida.¹³⁷

Sánchez Hernández y colaboradores encontraron que el 99% de las mujeres eran heterosexuales, y uno por ciento, con predominio del estado civil soltero.¹⁶⁷ Al considerar las relaciones homosexuales entre mujeres, se ha encontrado la presencia de PVH cervical en el 13% de sus parejas.⁸⁵

Tabla 17. Distribución de las pacientes según antecedentes de factores de riesgo medio ambientales para la persistencia del PVH.(N = 15)

Factores de riesgo medio ambientales	No	%
Relaciones sexuales tempranas	15	100,0
Sexo no protegido	5	33,0
Pareja sexual promiscua	3	20,0
Cambio frecuente de parejas sexuales	2	13,3
Hábito de fumar	2	13,3
Cervicitis	1	8,6

En relación a los factores de riesgo para la persistencia del PVH, todas las enfermas refirieron relaciones sexuales precoces, siete tenían una conducta sexual de riesgo (46,6%), de estas, cinco (33,3%)

Fuente: Encuesta

manifestaron practicar el sexo no protegido, y dos cambiar frecuentemente de pareja sexual (13,3%). Tres manifestaron tener pareja sexual promiscua (20%), dos eran fumadoras (13,3%), y una (8,6%) refirió antecedentes de cervicitis. Todas negaron antecedentes de ITS y uso de anticonceptivos orales (Tabla 17).

El total de pacientes habían iniciado las relaciones sexuales precozmente, de ellas cuatro (26,6%) entre los 12 y 15 años, el resto entre los 16 y 19 (73,3%). Estos resultados en cuanto al inicio precoz de las relaciones sexuales como factor de riesgo para la persistencia del papiloma virus humano, coinciden con los de otros autores, ^{19, 41, 86,168} en pacientes con cáncer cervicouterino.

Está demostrado que el 70% de los afectados por el virus del papiloma lo adquirieron durante el primer contacto sexual. Si esto ocurre, además, en edades tempranas, mayor es la probabilidad de daño, porque tanto los epitelios cervicales y vaginales y la piel de la entrada de la vagina, como las membranas del glande, el surco balano-prepucial y el cuerpo del pene son más susceptibles de desgarrarse, lo cual facilita la propagación de la enfermedad.¹⁶⁹

Steinbrook expresa que el 7,4% de los adolescentes comienzan las relaciones sexuales antes de los 13 años de edad. ⁹⁷ En una investigación realizada en adolescentes que asistieron a consulta de ginecobstetricia, se encontró que el 88,6% había iniciado las relaciones sexuales antes de los 16 años, que el 72,9% tenían dos o más parejas sexuales, casi el 69% practicaron el sexo sin protección

y la tercera parte de sus parejas tenían infección por papiloma virus humano, ¹²¹ lo que coincide con los hallazgos de la presente investigación.

El 33% de las pacientes practicaban el sexo sin protección. Hernández Bravo y colaboradores encontraron que el 78,8% de los jóvenes estudiados no utilizaban el preservativo. ¹³⁶

El 13,3% de las enfermas cambiaban frecuentemente de pareja sexual. Varela Álvarez y colaboradores ⁴¹ hallaron también este factor de riesgo, con cifras superiores (56%), al igual que Amaro Hernández y colaboradores ⁸⁶ y Rosell Juarte y colaboradores.¹⁶⁸

La quinta parte de las parejas sexuales tenía una conducta sexual promiscua, al igual que lo encontrado por otros investigadores.⁴¹ El riesgo para una mujer de ser infectada por el papiloma virus humano y desarrollar un cáncer cervicouterino depende no solo de su comportamiento sexual, sino también del de su pareja .Así el riesgo está significativamente aumentado en las mujeres de hombres que tengan o hayan tenido numerosas parejas sexuales.^{25, 71}

Una paciente tenía cervicitis, lo cual fue encontrado por Tamayo Acevedo como factor de riesgo para el desarrollo del cáncer cervicouterino.⁸⁰

León Cruz y colaboradores apuntan que los estudios epidemiológicos de las lesiones premalignas del cuello uterino han demostrado una fuerte asociación entre la práctica sexual y la aparición de tumores malignos, que las mujeres con múltiples patrones sexuales, embarazos e interrupciones a temprana edad e

historias de infecciones, aumentan el riesgo de padecer la enfermedad.¹⁴⁶

La paridad ha sido asociada a un mayor riesgo de infección por PVH,^{71, 85} lo que coincide con los hallazgos de otros investigadores;^{19,41,86} sin embargo en esta investigación no se encontró este factor, pero también eran pacientes muy jóvenes. Los cambios hormonales que se presentan en esta etapa predisponen el desarrollo de infecciones virales de este tipo.¹⁷⁰

El uso de anticonceptivos orales por cinco a nueve años, en presencia de PVH cervical, aumenta el riesgo de cáncer de cérvix a 2,82 veces y 4,03 con el uso por más de 10 años.¹⁷¹ Rivera y colaboradores⁸⁵ citan a Madelaine y colaboradores, que establecen que el uso de anticonceptivos orales por más de 12 años en presencia de PVH cervical se asocia a un aumento del riesgo de adenocarcinoma in situ a 5,5 veces. Varela Álvarez y colaboradores hallaron este antecedente,⁴¹ lo que no fue encontrado en esta investigación.

El hábito de fumar coincide con los hallazgos de otros investigadores.^{41, 168.} Rosenblatt y colaboradores plantean una estrecha relación entre los individuos que fuman y el número de lesiones de condiloma acuminado y afirman que esta variable se relaciona con mayor riesgo de contraer el papiloma virus humano.¹⁷²

El tabaco es causante de displasia cervical por acción tóxica de la nicotina y la cotinina, que también se concentran en las secreciones genitales masculinas, por eso deben abstenerse de fumar los varones que tienen relaciones sexuales con mujeres portadoras de displasias. Los carcinógenos presentes en el tabaco dañan el ADN celular, daño que puede ser precursor del cáncer.¹⁷⁰

Tamayo Acevedo encontró antecedentes de ITS en la pareja sexual,⁸⁰ pero esto

no fue encontrado en esta investigación.

Algunos autores han hallado y consideran como factores de riesgo el nivel socio económico bajo ^{19, 41,80} y el parto precoz, ¹⁶⁸ lo que no se encontró en el presente trabajo.

Por todo lo anteriormente expuesto es necesario insistir en los factores de riesgo al realizar la anamnesis, al indicar medios auxiliares de diagnóstico, y al ejercer la labor educativa con las pacientes y sus parejas sexuales.

A cada paciente se le hizo examen físico completo, que incluyó examen ginecológico y solo se encontraron las lesiones de condilomas acuminados

Tabla 18. Localización de las lesiones en las pacientes N=15

Localización	No	%
Labios mayores	9	60,0
Introito vaginal	8	53,3
Labios menores	5	33,3
Región inguinal	2	13,3
Periné	3	20,0
Pubis	2	13,3
Ano	2	13,3
Cuello uterino	2	13,3
Clítoris	1	6,6

Siete pacientes tenían varias localizaciones (46,6%). Las localizaciones más frecuentes en orden decreciente fueron labios mayores, introito vaginal y labios menores (Tabla18).

La diseminación potencial

de los condilomas

Fuente: Encuesta

acuminados exige que se realice un examen ginecológico y anal.^{33,70} Los PVH han sido estudiados en la génesis de otros tumores como los del canal anal y los carcinomas de la vulva, cuyos casos atribuibles al virus del papiloma humano representan entre un 30% a un 70%.²⁹ Actualmente se aceptan dos tipos etiológicos distintos de cáncer de vulva, uno de los cuales se observa en mujeres jóvenes, de tipo condilomatoso o basaloide y asociado a PVH en el que la neoplasia vulvar intraepitelial (NVI) sería la lesión precursora que le precede unos diez años. Una tercera parte de las pacientes con NVI tienen neoplasias sincrónicas en otras localizaciones genitales, con inclusión del cáncer invasivo, lo que ocurre con más frecuencia en jóvenes y en relación con la infección por VIH, la inmunosupresión y el tabaquismo.²⁶

Tabla 19. Distribución de las pacientes según el test de ácido acético

Test de ácido acético	No	%
Positivo	7	46,7
Negativo	8	53,3
Total	15	100,0

El test de ácido acético permite la detección de la infección subclínica por lo que se constató que casi la mitad de las enfermas (46,7%) tenían

Fuente: Encuesta.

esta forma clínica, que suele ser causada por papiloma virus humano de alto riesgo oncogénico.³⁰ (Tabla 19).

El test de Schiller permite detectar anormalidades del epitelio cervical;¹⁵⁷ además el carcinoma exofítico es yodo negativo mientras que los condilomas acuminados captan el lugol de forma irregular.²⁶ El test de Schiller fue positivo en una paciente, lo que permitió detectar anormalidades epiteliales en una paciente de 13 años de edad que tenía un NIC II, por lo que pudo ser tratada oportunamente.

A todas las pacientes se les indicó VDRL, VIH, antígeno de superficie para hepatitis B, exudado vaginal con test de Gram y exudado vaginal simple, y se les realizó citología orgánica. Carvajal Balaguera y colaboradores aconsejan descartar otras ITS, mediante serología para la sífilis, VIH, hepatitis B, gonococia y herpes simple.⁴⁹

Las pacientes fueron dispensarizadas como grupo II, o sea de riesgo, como está

establecido en la carpeta metodológica para la atención primaria de salud ¹⁴³ y citadas a reconsulta para ver los resultados de los complementarios indicados y corroborar el diagnóstico presuntivo de condilomas acuminados.

El dermatólogo corroboró el diagnóstico, llenó la tarjeta de enfermedades de notificación obligatoria y examinó a las pacientes, algunas de las cuales acudieron con su pareja, orientadas por el especialista en MGI.

Tabla 20. Distribución de las pacientes según antecedentes de condilomas acuminados y examen físico en la pareja sexual

Condilomas acuminados	Antecedentes		Examen físico	
	Nº	%	Nº	%
Sí	4	40,0	3	30,0
No	6	60,0	7	70,0
Total	10	100,0	10	100,0

De las parejas sexuales examinadas, cerca de la mitad (40,0%) refirieron el antecedente de haber

Fuente: Encuesta

tenido condilomas acuminados y aproximadamente la tercera parte (30%) tenían lesiones al examen físico (Tabla 20).

La capacidad de transmisión de la infección es muy alta, por lo que se considera todo contacto como potencialmente infectado, ⁹⁵ de ahí que se recomienda la exploración de genitales externos y periné a las parejas sexuales. En la pareja

femenina se aconseja exploración ginecológica, para descartar además otra enfermedad asociada, lo que ocurre en los dos tercios de los casos. ⁴⁹ Se señala que en dos de cada tres de las parejas sexuales existen lesiones de esta entidad. ²⁶

El dermatólogo insistió en los factores de riesgo, les dio reconsulta para tratamiento, las contrarrefirió al especialista de medicina general integral para comunicarle el diagnóstico y saber el resultado de los exámenes complementarios realizados; y las refirió a la enfermera especialista en ITS y lepra, que trabaja en un local adjunto al dermatólogo y está el día de la consulta de programa de ITS, por lo que fueron atendidas el mismo día.

La enfermera especialista en ITS y lepra las entrevistó, determinó los contactos, realizó consejería, les entregó condones y promovió su uso, llenó ficha epidemiológica de ITS con factores de riesgo y las citó para el mismo día de la próxima consulta con el dermatólogo, para anotar resultado de complementarios.

A todas las pacientes les fue realizado VDRL, VIH, antígeno de superficie para hepatitis B, exudado vaginal simple y con test de Gram, el resultado de los cuales fue normal, con excepción del último, que en tres pacientes fue anormal (20%), dos fueron positivos a *Candida albicans* y el otro a *Gardenella*. En otra investigación ya referida se apreció que la tercera parte de los pacientes presentaban ITS asociadas, con predominio de la infección por *Candida Albicans* seguida por la *Gadnerella* y por *Clamidia*.¹³⁷

Tiburcio y colaboradores encontraron en pacientes con infección por PVH que las ITS más asociadas fueron herpes simple, sífilis, infección gonocócica y tricomonas.¹⁷³

Entre los factores descritos para la persistencia del virus (requisito necesario para la carcinogénesis) se encuentran las ITS.^{14, 25,43}

Las dos pacientes que tenían condilomas anales fueron enviadas al proctólogo, a una se le practicó anoscopia, que fue normal.

A las 15 pacientes se les realizó la citología orgánica, cinco fueron NIC (33%), tres NIC I (20%) y dos NIC II (13%) (Tabla 21). De las pacientes que presentaron NIC II, una tenía 18, y la otra 13 años de edad.

Tabla 21. Distribución de las pacientes según citología orgánica

Citología orgánica	No	%
Normal	10	67,0
NIC I	3	20,0
NIC II	2	13,0
Total	15	100,0

Cabezas manifiesta que en la actualidad casi nadie discute la importancia de la citología cervicovaginal para la pesquisa del

Fuente: Encuesta.

cáncer cervicouterino. ⁴²

Las mujeres fueron dispensarizadas como grupo III puesto que estaban enfermas, y fueron remitidas a la consulta de patología de cuello con el resultado de las citologías, con el objetivo de realizar colposcopia, y además para que fueran valoradas las pacientes con citología orgánica anormal.

Tabla 22. Distribución de las pacientes según resultados colposcópicos

Colposcopia	No	%
Normal	7	46,7
Epitelio acetoblanco	3	20,0
Epitelio acetoblanco + punteado	3	20,0
Epitelio acetoblanco + mosaico	2	13,3
Total	15	100,0

Según los resultados de la

colposcopia, presentaron

alteraciones ocho pacientes (53,3%); se observó el epitelio acetoblanco y el epitelio acetoblanco más

Fuente: Encuesta

punteado en tres pacientes respectivamente, y el epitelio acetoblancos más mosaico en dos pacientes (13,3%), por lo que un número importante de estas presentaban formas subclínicas de infección por PVH en el cuello uterino (Tabla 22).

El estudio colposcópico permite la identificación de características sutiles de los epitelios inapreciables a simple vista, que son la expresión de cambios patológicos.²⁶

De las quince pacientes, a trece se les realizó la citología orgánica evolutiva. De ellas, una presentó NIC I, cuya citología orgánica anterior había sido negativa. A una de las pacientes con NIC II se le realizó conización.

Resaltan los siguientes hechos:

- Se detectó infección subclínica en más de la mitad de las pacientes,
- Se encontró en todas las enfermas, como factor de riesgo medio ambiental para la persistencia del PVH, las relaciones sexuales precoces.
- La quinta parte de sus parejas sexuales tenían lesiones de condilomas acuminados al examen físico, y la cuarta parte refirió el antecedente de haber tenido esta enfermedad.
- De 15 enfermas, 11 fueron menores de 25 años, que no hubieran sido incluidas en el programa de diagnóstico precoz del CCU. De esas 15 pacientes, cinco tenían NIC, lo que resulta una elevada proporción.

Obsérvese que con la aplicación del algoritmo, y al encontrar a esas cinco pacientes portadoras de NIC, detectarse la infección subclínica por papiloma virus

humano, determinarse los factores de riesgo y hallarse parejas sexuales con condilomas acuminados, se favorece un funcionamiento mejor de los programas de ITS y de Diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, lo que constituye una sinergia positiva.

El Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino considera como grupo de alto riesgo a las mujeres que han iniciado relaciones sexuales antes de los veinte años de edad, y hace mayor énfasis en aquellas por debajo de los 18 años. Puede apreciarse que estas cinco pacientes portadoras de NIC, de no haber sido detectadas, no hubieran sido tampoco detectadas por el programa de diagnóstico precoz. Como se sabe, los casos de NIC I pudieran regresar, o progresar y transformarse en NIC II, NIC III e incluso en cáncer cervicouterino. Los casos de NIC II ya se consideran de alto riesgo y no regresan. Todo lo anterior evidencia que estas pacientes requieren de una atención médica que las proteja de estas amenazas, y que la aplicación del algoritmo propuesto en este trabajo hizo posible su detección y atención.

Los hallazgos referidos sustentan un conjunto de medidas educativas encaminadas a modificar los factores medio ambientales que favorecen la persistencia del virus, también medidas de seguimiento evolutivo como la prueba citológica, la colposcopia, el test de Schiller y el de ácido acético. La atención a las pacientes mejora con la intervención de diferentes especialistas, que pueden actuar desde la atención primaria de salud en una forma eficaz y mancomunada, en casos que hubieran quedado fuera de los programas existentes.

El algoritmo fluyó de manera satisfactoria, las dificultades fueron escasas, relacionadas con carencias transitorias.

Los médicos, enfermeras y pacientes fueron muy receptivos y comprensivos ante la importancia de esta estrategia. Por parte de las pacientes pudo observarse preocupación ante el posible peligro que implica la infección por el PVH. Todas las enfermas desconocían la trascendencia de esto, lo que corrobora que el nivel de divulgación relacionado con esta ITS no se encuentra a un nivel que pueda compararse con el correspondiente a otras ITS en este municipio de Camagüey.

Durante todo el proceso de esta intervención hubo un conjunto de valiosos compañeros que sustentaron la importancia de este proceso, para una mejor atención a estas pacientes, como fueron los jefes de los Grupos Básicos de Trabajo (GBT), la ginecóloga, los especialistas de medicina general integral, las enfermeras de los consultorios implicados en el estudio, y la vicedirectora docente de dicha institución.

Si se triangulan los hallazgos de NIC I y NIC II obtenidos en la introducción parcial con los resultados de la variante Delphi del método de expertos y el criterio aprobatorio de los profesionales involucrados en la introducción del algoritmo, se constata la pertinencia e importancia del mismo.

Resultados publicados por autores cubanos como Martínez Chang y Sarduy Nápoles ¹⁵⁹ y Ponce Rodríguez ,¹⁶⁰ constituyen otra constatación adicional.

3.3.- Conclusiones

- La comparación del valor N-P calculado para cada uno de los aspectos que se consultó a los expertos, con los puntos de corte encontrados, muestra que la evaluación media dada por ellos fue de “muy adecuado” en todos los casos.
- La capacitación realizada fue bien acogida por el personal de salud y provechosa según los resultados de la evaluación, lo que permite afirmar que favoreció el proceso de aplicación del algoritmo.
- Se demostró la factibilidad de aplicar el algoritmo en las condiciones actuales del municipio de Camagüey. El conjunto de profesionales de la salud involucrados en esta intervención manifestó su aprobación con respecto al algoritmo establecido y con la manera en que funcionó en la práctica.
- Se precisaron los factores de riesgo para la persistencia del papiloma virus humano, resalta la precocidad en las relaciones sexuales que se encontró en todas las enfermas. Cerca de tres de cada cuatro pacientes tenían menos de 25 años de edad. A más de la mitad de ellas se les detectó infección subclínica y la quinta parte de sus contactos sexuales tenían lesiones de condilomas acuminados.
- De 15 pacientes cinco presentaron NIC, dos de las cuales fueron NIC II, valioso hallazgo que sustenta la importancia de este proceso para una mejor atención a mujeres con condilomas acuminados, y la sinergia positiva del algoritmo propuesto con los programas de ITS y de CCU.
- Se evidencia que un conjunto de mujeres jóvenes, de no haberse aplicado el algoritmo, hubieran quedado fuera de los programas de detección precoz del CCU y de ITS, y que la atención a las mismas resultó de inmediato mejorada.

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Los conocimientos concernientes acerca de la infección por el papiloma virus humano en su relación con el condiloma acuminado y el cáncer cervicouterino, que poseen los profesionales de la salud implicados en la atención a las pacientes en el municipio Camagüey, son “inadecuados”.
- La incidencia de los condilomas acuminados tiene una tendencia a seguir un patrón en meseta en la provincia de Camagüey.
- Se estableció un algoritmo con el que se obtuvieron valiosos hallazgos que sustentan la importancia de su aplicación, para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino, y una mejor atención a mujeres con condilomas acuminados, y mayor sinergia positiva de los programas de ITS y de CCU.
- La aplicación realizada de la variante Delphi del método de expertos, en especial al aplicar los puntos de corte encontrados, permite afirmar que consideraron “muy adecuados” todos los aspectos que les fueron consultados
- Se demuestra que los condilomas acuminados constituyen un indicador de riesgo oncogénico que permite una rápida detección de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino, sin necesidad de inversiones adicionales, y esto hace que su empleo

en el algoritmo se adecue a las condiciones actuales del sistema de salud cubano, en el municipio Camagüey.

- La atención a las pacientes mejoró en sus aspectos educativos, de examen físico y de medios complementarios de diagnóstico, y se garantizó interdisciplinariedad y racional participación de las diferentes especialidades.
- El enfoque sistémico permitió armonizar una atención integral a las pacientes en la intersección del *Programa nacional de control de infecciones de transmisión sexual* y el *Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino*, con el apoyo de un curso de capacitación para el personal de salud involucrado y medidas de educación para la salud encaminadas a las enfermas y sus parejas.

RECOMENDACIONES

- Divulgar, a través de los medios de difusión masiva, murales de los policlínicos, hospitales, consultorios del médico de la familia y escuelas, sobre la potencialidad oncogénica de ciertos papilomas virus humanos e incrementar los programas de educación a la población, con mayor énfasis en los grupos jóvenes, que promuevan la adopción de conductas responsables que minimicen el riesgo de infección.
- Analizar la incorporación de información acerca de la infección por PVH y sus consecuencias, en los procesos escolares de la educación de la sexualidad.
- Los resultados de esta investigación deben ser sometidos a la consideración de las autoridades responsabilizadas con el *Programa nacional de control de infecciones de transmisión sexual* y el *Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino* ya que pudieran redundar en el perfeccionamiento de los programas nacionales.
- Enriquecer con especialistas en epidemiología al personal de salud involucrado en la

atención a las pacientes con condilomas acuminados.

- Desarrollar una investigación análoga en pacientes masculinos con condilomas acuminados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Terris M. Temas de epidemiología y Salud Pública. La Habana: Ecimed; 1989.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana; 2006. p. 11 - 63.
3. Ruiz de Zárate S. Actualización del Programa de Control de Enfermedades Venéreas. Rev. Cub. Hig. Epid.1975; 13 (1 - 2): 65 - 67.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de ETS. La Habana: MINSAP; 1997.
5. Cabezas Cruz E, Camacho Canino T, Santana Martínez A, Forrajero Martínez I, Aguilar Vela de Oro F, et al. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino. La Habana: Ecimed; 2001.
6. Braillard Pocard PM, Braverman A, Cabrera MN, Chapier VV. Cáncer de cérvix: incidencia según edad y estadio tumoral. Rev Postg Vía Cated Med [serie en Internet]. 2005 [citado 12 de julio de 2006]; (141): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista141/3_141.htm
7. Kordi Tamandani DM, Sobti RC, Shekari M, Kaur S, Huria A. Impact of polymorphism in IL-1RA gene on the risk of cervical cancer. Arch. Gynecol. Obstet. In press. 2007.
8. Haverkos H, Roherer M, Pickworth W. The cause of invasive cervical cancer could be multifactorial. Biomed. Pharmacother. 2000; 54 (1): 54 - 9.

9. Natural history of cervical cancer. Even infrequent screening of older women saves lives. Cervical cancer prevention fact sheet. Program for appropriate technology in health (PATH) [en Internet]. 2000 [citado 12 de julio de 2006]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.path.org/publications/pub.php?id=918>
10. Los virus del papiloma humano y cáncer: preguntas y respuestas. [en Internet]. 2004 [citado 7 de enero de 2006]: [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV-spanish>
11. Epidemiología del virus del papiloma humano. [en Internet]. 2006 [citado 17 de enero de 2008]: [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://geosalud.com/VPH/epivph.htm>
12. Nueva clasificación epidemiológica de los tipos de papilomavirus asociados con el cáncer cérvico uterino. Rev. Panam. Salud Pública. 2003; 13 (6): 407 - 8.
13. Chile. Ministerio de Salud. Guía clínica cáncer cérvico uterino. Santiago de Chile: Minsal; 2005.
14. Valentín Martínez C, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. [serie en Internet]. 2006 [citado 18 de julio de 2007]; 43 (1): [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_1_06/gin01106.htm
15. Gutiérrez LV, More Vega A. Algunos aspectos del cáncer cérvico uterino en nuestro medio [en Internet]. 2002 [citado 21 de noviembre de 2007]: [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/trabajos/sagua_la_grande/02cancer_cervical/cáncer_cérvico.htm
16. Cuba. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario estadístico de salud. La Habana: Ecimed; 2007.
17. Cuba. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario estadístico de salud. La Habana: Ecimed; 2006.
18. Hoja informativa: cáncer cervicouterino. [en Internet]. 2004 [citado 15 de

octubre de 2007]: [aprox. 6 p.]. Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/cervicalcancersp.PDF>

19. Tirado Gómez LL, Mohar Betancourt A, López Cervantes M, García Carrancá A, Franco Marina F, Borges G. Factores de riesgo del cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mex.* [serie en Internet]. 2005 [citado 7 de marzo de 2007]; 47 (5): [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/47/475_3.pdf
20. Lillo FB. Human papillomavirus infection and its role in the genesis of dysplastic and neoplastic lesions of the squamous epithelia. *New Microbiol.* 2005; 28 (2): 111 - 8.
21. Papaconstantinou HT, Lee AJ, Simmang CL, Ashfaq R, Gokaslan ST, Sokol S, Huber PJ Jr, Gregorcyk SG. Screening methods for high grade dysplasia in patients with anal condyloma. *J. Surg. Res.* 2005; 127 (1): 8 - 13.
22. Gross G, Pfister H. Role of human papillomavirus in penile cancer, penile intraepithelial squamous. *Med. Microbiol. Immunol.* 2004 Feb; 193 (1): 35 - 44.
23. Skapa P, Zamecnik J, Hamsikova E, Salakova M, Smahelova J, Jandova K, Robova H. Human Papillomavirus (HPV). Profiles of vulvar lesions: possible implications for the classification of vulvar squamous cell carcinoma precursors and for the efficacy of prophylactic HPV vaccination. *Am. J Surg. Pathol.* 2007; 31 (12): 76 – 87.
24. Elghelbazouri Y, Afifi Benameur A, Elhallaoui F, Kettani M, Aitourhrouil K, Senouci B. Carcinoma verruquex bucal et infection a papillomavirus. *Ann. Dermatol. Venereol.* 2007; 134 (1): 659 - 62.
25. Aubin F, Pretet C, Mougin D. Infection a papillomavirus humains. *Ann. Dermatol. Venereol.* 2007; 134 (1): 94 - 9.
26. Sociedad Española de Ginecología. La infección por papilomavirus. España: SEGO; 2002.
27. Monk BJ, Tewari KS. The spectrum and clinical sequelae of human

- papillomavirus infection. *Gynecol. Oncol.* 2007;107(2 Suppl. 1): 6 - 13.
28. Rozmus-Warcholiska W, Loch T, Czuba B, Mazurek U, Mucha J, Dworak D, et al. Genital warts associated with HPV infection during II and III trimester of pregnancy- a case report and analysis of treatment options *Ginekol. Pol.* 2007;78 (11): 888 - 91.
 29. Álvarez Ramírez R. Detección del Virus del Papiloma Humano en Hombres Mediante Citología de Raspado Uretral utilizando la Citología en Fase Líquida. *GEOSALUD*. [serie en internet].2005 [citado 9 nov 2005]: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://geosalud.com/VPH/index%20VPH.htm>
 30. Lantero Abreu MI, Torres Peña R, Joanes Fiol J, Alonso Gómez ME, Abreu Daniel A, Lobio Cárdenas Z, et al. Infecciones de transmisión sexual. Pautas para su tratamiento. La Habana: MINSAP; 2004.
 31. Ruiz Martínez MC, Bordelois Abdo JA, Fernández Ramírez I, Chacón Benítez O. Infección por el virus del papiloma humano. *Rev. Inf. Cient.* 2006; 50 (2): 23 - 9.
 32. Leyva-López A, Aranda-Flores CE, Conde-González C, Lazcano-Ponce E. La baja utilidad de la determinación del ADN del VPH en la región distal de la uretra masculina. *Salud Pública Mex* [serie en internet].2003 [citado 30 may 2003]; 45 (5): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0036-36342003001100002&lng=pt&nrm=iso.ISSN0036_3634
 33. Kresge KJ. Cervical cancer vaccines: introduction of vaccines that prevent cervical cancer and genital warts may fore-shadow implementation and acceptability issues for a future AIDS vaccine. *IAVI Rep* [serie en Internet]. 2005 [citado 9 de marzo de 2008]; 9 (5): [aprox. 9 p.] Disponible en: <http://www.aegis.org/pubs/IAVI/2005/IAVI0511-01-EN.htm/>
 34. Bouscarat F, Dupin N, Javier M, Drobacheff C, Milpied B, Vexiau D. Maladies sexuellement transmissibles recommandations diagnostiques et thérapeutiques. Verrues génitales (condylomes) externes. *Ann. Dermatol. Venereol.* 2006; 133 (8 / 9): 2536 - 8.

35. Cutts FT, Franceschi S, Goldie S, Castellsague X, de Sanjose S, Garnett G. Human papillomavirus and HPV vaccines: a review. Bull World Health Organ. 2007; 85 (9): 719 - 26.
36. Papillomes viraux cutanés et condylomes. Ann. Dermatol. Venereol. 2003; 130 (10): 134 - 9.
37. MINSAP. Incidencia de condilomas acuminados en Camagüey. Camagüey: Departamento Provincial de Estadísticas de Salud; 2006.
38. MINSAP. Morbilidad por cáncer cervicouterino en Camagüey. Departamento Provincial de Estadísticas de Salud; 2006.
39. Herrero R, Hildesheim A, Bratti C, Sherman M E, Hutchinson M, Morales J, et al. Population-based study of human papillomavirus infection and cervical neoplasia in rural Costa Rica. J. Natl. Cancer. Inst. 2000; 92 (6): 464 - 74.
40. Lazcano P, Herrero R, Muñoz N, Cruz A, Shah K, Alonso P, et al. Epidemiology of HPV infection among mexican women with normal cervical cytology. Int. J. Cancer. 2001; 91: 412 - 20.
41. Varela Álvarez A, Lorenzo Valladares R, Ferrá Torres T M, Durruthy W, Córdova Dalacio D, Mendoza del Pino M. Cáncer cérvico uterino. Comportamiento durante el quinquenio 2002 – 2006 en la provincia Camagüey. MediCiego 2008; 14 (2).

Disponible en: <http://sld.cu/revistas/mciego/v14-02-08>
42. Cabezas Cruz E. Lesiones malignas del útero. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ecimed; 2004. p.297-312.
43. Castañeda Iñiguez MS. **El cáncer cervical como problema de salud pública en mujeres mexicanas y su relación con el virus de papiloma humano. [tesis]. 2003 [citado 9 de agosto de 2007]: [aprox 9 p.].** Disponible en: http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105-175123/msci1de1.pdf
44. Vargas Hernández VM. Virus del papiloma humano. Aspectos epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. Ginecol.

Obstet. México. 1996; 64 (sep): 411 - 6.

45. López Saavedra A, Lizano Soberón M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina. [en Internet]. 2005 [citado 12 de julio de 2006]: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.cuautitlan.unam.mx/comunidad/uc2005/pdfs/com25feb.pdf>
46. Harald zur Hausen. [en Internet]. 2008 [citado 10 de enero de 2009]. Disponible en: <http://www.wikipedia.org>
47. Una vacuna contra el virus del papiloma humano reduce los casos de enfermedad hasta en un 90%. [en Internet]. 2005 [citado 17 de julio de 2008]: [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://db.doyma.es>
48. Anorlu RI. What is the significance of the HPV epidemic? Can. J. Urol. 2008; 15 (1): 3860 - 5.
49. Carvajal Balaguera J, Martín García-Almenta M, Oliart Delgado de Torres S, Camuñas Segovia J, Peña Gamorra L, Gómez Maestro P, et al. Condiloma acuminado gigante inguinal y perianal: cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. MAPFRE Med. 2006; 17 (2): 144: 50.
50. Gutiérrez González N, Enríquez Domínguez B, Villar Novell A L. Condiloma gigante y embarazo. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2003; 29 (3): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_3_03/gin/o6303.htm
51. Mudrikova T, Jaspers C, Ellerbroek P, Hoepelman A. HPV-related anogenital disease and HIV infection: not always "ordinary" condylomata acuminata. Neth. J. Med. 2008; 66 (3): 98 - 102.
52. Pérez Espinosa R, Crespo Campo G, Isla A, Velasco A. Condiloma gigante de Buschke y Loewenstein a propósito de 2 casos. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2005; 31 (2): Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0038-36342004000100004&lng=es&nrm=iso
53. Vázquez-Corzo S, Trejo-Becerril C, Cruz-Valdez A, Hernández-Nevarez P, Esquivel-Guadarrama FR, Gutiérrez-Xicotencatl ML. Asociación entre la presencia de anticuerpos anti-Ras y anti-VPH16 E4/E7 y lesiones intraepiteliales del cérvix. Salud pública Méx. [serie en Internet]. 2003

[citado 9 de agosto de 2007]; 45 (5): 335 - 45. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000500002&lng=en&nrm=iso

54. Weaver BA, Feng Q, Colmes KK, Kiviat N, Lee SK, Meyer C, et al. Evaluation of genital sites and sampling techniques for detection of human papilloma virus DNA in men. *J. Infect. Dis.* 2004;189: 677 - 85.
55. Partridge JM, Koutsky LA. Genital human papilloma virus infection in men. *Lancet. Infect. Dis.* 2006; 6: 21 - 31.
56. Hernández Menéndez M, Ríos Hernández M de los A, Aguilar Vela de Oro O, Torres Chávez A. Actualización de la terapéutica del papilomavirus humano. Terapia convencional. *Rev. Cubana Med.* [serie en Internet]. 2004 [citado 7 de septiembre de 2006]; 43 (1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
57. Steben M, Duarte-Franco E. Human papillomavirus infection: epidemiology and pathophysiology. *Gynecol. Onco.* 2007; 107 (2 Suppl): 2 - 5.
58. Mandado Pérez S, Haedo Quiñones W, Gra Oramas B, Domínguez Álvarez C, Lazo Del Vallín S. Virus del papiloma humano. Actualización y presentación de un caso de carcinoma esofágico asociado a VPH. *Rev. Mex. Patol. Clin.* 2003; 50 (1): 12 - 9.
59. Iuorno J, Truskinovsky A, Chung G, Krachmer J, Bawcombe D, Huang A. Conjunctival condylomata acuminata. *Cornea.* 2008; 27 (5): 621 - 4.
60. Eversole LR. Papillary lesions of the oral cavity: relationship to human papillomaviruses. *J. Calif. Dent. Assoc.* 2000; 28 (12): 922 - 7.
61. Albarrán Y, Carvajal A, de la Garza A, Cruz Quiroz BJ, Vázquez Zea E, Díaz Estrada I, et al. MVA E2 recombinant vaccine in the treatment of human papillomavirus infection in men presenting intraurethral flat condyloma: a phase I/II study. *Bio Drugs.* 2007; 21 (1): 47 - 59.
62. Atalay F, Taskiran C, Taner MZ, Pak I, Or M, Tuncer S. Detection of human papillomavirus DNA and genotyping in patients with epithelial ovarian

- carcinoma. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2007; 33 (6): 823 - 28.
63. Bernard Hu, Calleja-Macias IE, Duna ST. Genome variation of humanpapilloma virus types: phylogenetic and medical implications. Int. J. Cancer. 2006; 118: 1071 - 6.
 64. Matsumoto K. Human papillomavirus and cervical cancer Nippon Rinsho. 2007; 65 (11): 2113 - 24.
 65. Portillo López A. El virus del papiloma humano y el cáncer cérvico uterino. [en Internet] 2007 [citado 19 de agosto de 2008]: [aprox. 10 p.] Disponible en: <http://gaceta.cicese.mx/print.php?topico=articulos&ejemplar=116&id=225>
 66. Cutié E. Infecciones de transmisión sexual. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ecimed; 2004. p. 391 - 9.
 67. Woodhall S, Ramsey T, Cai C, Crouch S, Jit M, Birks Y, Edmunds WJ, et al. Estimation of the impact of genital warts on health-related quality of life. Sex. Transm. Infect. 2008; 84 (3): 161 - 6.
 68. Dinh TH, Sternberg M, Dunne EF, Markowitz LE. Genital warts among 18- to 59-year-olds in the United States, national health and nutrition examination survey, 1999--2004. Sex. Transm. Dis. 2008; 35 (4): 357 - 60.
 69. Carrillo A, Mohar A, Meneses A, Frías-Mendivil M, Solorza G, Lizano M. Utilidad en la combinación de oligonucleótidos universales para la detección del virus del papiloma humano en cáncer cervicouterino y lesiones premalignas. Salud pública Méx. [serie en Internet]. 2004 [citado 9 de agosto de 2007]; 46 (1): 7 - 15. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000100002&lng=es&nrm=iso.
 70. Suárez Gonzáles JA, Figueroa Verdecía D, Galvez Puyuelo AF. Algunos factores biosociales relacionados con la aparición de citología alterada En: UNNINET. VI Congreso virtual de Anatomía patológica, 1 – 31 marzo 2004, Trinidad [en internet]. 2004 [citado 12 jul 2006]: [aprox. 28 p.]. Disponible en:

<http://conganat.uninet.edu/6CVHAP/autores/trabajos/T331/index.html>

71. León Cruz G, Bosques Diego O de J, Silveira Pablos M. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. [serie en Internet]. 2004 [citado 18 de julio de 2006]; 30 (3): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2004000300007&script=ci_arttext
72. Factores de riesgo para desarrollar cáncer del cérvix. [en Internet]. 2002 [citado 2 de octubre de 2006]: [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.drscope.com/pac/gineobs/g8/g8_pag31.htm
73. Montero Varela M del P, Batallán Jerez M P, Batista Muño N, Páez Haber A. Condiloma acuminado gigante. Presentación de un caso. Correo Científico Médico de Holguín 2004. [serie en Internet]. 2004 [citado 10 de febrero de 2008]; 30 (3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://articulos&ejemplar=116&id.hlg.sld.cu>
74. Parapar I, Tabeada N. Exéresis quirúrgica radical como único tratamiento del condiloma acuminado gigante: a propósito de un caso. 2007. [citado 5 de julio de 2008]: [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1articulos.php?method=showDetails&id_articulo=44783&id_seccion=1613&id_ejemplar=4538&id_revista=108
75. Virus del papiloma humano. [en Internet]. 2008 [citado 4 de enero de 2009]. Disponible en: <http://www.wikipedia.org>
76. Sumino Y, Mimata H, Nomura Y. Urethral condyloma acuminata following urethral instrumentation in an elderly man. Int J Urol. 2004; 11(10):928-30.
77. Lu Y, Wang XL, Wu D, Dong ZB. Clinical features and epidemiological survey of perianal warts in 72 males. Zhonghua Nan Ke Xue. 2006; 2 (10): 923 - 6.
78. Gerein V, Schmandt S, Babkina N, Barysik N, Coerdts W, Pfister H. Human papilloma virus (HPV)-associated gynecological alteration in mothers of

children with recurrent respiratory papillomatosis during long-term observation. *Cancer Detect. Prev.* 2007; 31 (4): 276 - 81.

79. Alliance for Cervical Cancer Prevention Members. Factores de riesgo de cáncer cérvico uterino: indicios hasta la fecha [en Internet]. 2004 [citado 12 de julio de 2006]: [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.path.org/files/RH_questions_asked_fs_sp.pdf
80. Tamayo Acevedo LS. Asociación y predicción del riesgo de lesión intraepitelial escamosa y cáncer cervicouterino en función de los factores: infección por el virus del papiloma humano, ginecobstétricos, comportamiento sexual, sociodemográficos y antecedentes genético en mujeres mayores de 15 años, Estado de Colima [tesis]. México; 2002. Disponible en: http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105-175123/msci1de1.pdf
81. Sun CA, Liu JF, Wu DM, Nieh S, Yu CP, Chu TY. Viral load of high-risk human papillomavirus in cervical squamous intraepithelial lesions. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2002; 76: 41 - 7.
82. Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N. Environmental co-factor in PVH Carcinogenesis. *Virus Research.* 2002; 89 (2): 191 - 9.
83. Álvarez Díez MN, Canga Presa JM, Rodríguez Sánchez F, Suárez Alonso I, Cañón Díez F, et al. Condiloma acuminado perianal gigante complicado. *Emergencias* 2007; 19: 166 - 7.
84. Wienecke R, Brockmeyer NH, Kreuter A. Human papilloma virus-induced disease in HIV-positive patients. *Hautarzt.* 2006; 57 (11): 994 - 8.
85. Rivera ZR, Aguilera TJ, Larraín HA. Epidemiología del virus papiloma Humano. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2002; 67 (6): 5073.
86. Amaro Hernández F, Polo Cardoso K, Mendoza del Pino M, Pareta L, Cardoso Núñez O. Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparición del cáncer cérvico uterino en un área de salud. *Arch. Med. Camagüey.* [serie en Internet]. 2003 [citado 18 de julio de 2006]; 7 (supl. 2): [aprox. 7 p.]. Disponible en:

<http://shine.cmw.sld.cu/amc/v7supl2/830.htm1-6>

87. Díaz Alcorta T, González Bridón A, Espinosa Mayo JA, Díaz Triana I, Batallán Jérez MP. Condiloma Gigante o de Buschke Loewenstein. Presentación de un caso. Correo Científico Médico de Holguín 2005; 9 (1): [serie en Internet]. 2005 [citado 19 de marzo de 2008]; 30 (3): [aprox. 9 p Disponible en:<http://www.cocmed.sld.cu/No91/n91presc1.htm>
88. Borges Laffita M, Sanamé Columbié O, Hartmann Guilarte A, Terán Palermo S. Estudio epidemiológico de las displasias epiteliales de cuello uterino y la infección por H.P.V. en el Hospital General Docente de Baracoa, Guantánamo, Cuba en el año 2002. [en Internet]. 2003 [citado 18 de julio de 2006]. Disponible en: <http://conganat.sld.cu/autores/trabajos/T164/index.html>.
89. Maugin C, Dalstein V, Pretet JL, Gay Schaal JP, Muller DR. Epidemiología de las infecciones de cuello uterino por papiloma virus. Conocimientos recientes. Presse. Med. 2001; 30 (20): 1017 - 23.
90. Muñoz N, Franceschi S, Bosseti C. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: IARC multicentric case-control study. Lancet. 2002; 359 (9312): 1093-1101.
91. Fernández -Obanza W, Louro González A. Condilomas acuminados. Guías clínicas 2003; 3 (33): 153 – 6.
92. Penneys N. Diseases caused by viruses. En: Elder D, Elenitsas R, Johnson B, Iofreda M, Miller J, Miller O. Lever's Histopathology of the skin. 8 ed. [CD-ROM] London: Lippincot Williams & Wilkins; 2007.
93. Pérez Zarzalejo MC. Detección y tipificación de papillomavirus humano genital por amplificación genómica. [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias Biológicas. Departamento de Microbiología; 2001.
94. Simon P, Dupond I. Anti-HPV vaccination: preventing cervical cancer. Rev. Med. Brux. 2006; 27 (4): 338 - 40.
95. Hakim AA, Lin PS, Wilczynski S, Nguyen K, Lynes B, Wakabayashi MT. Indications and efficacy of the human papillomavirus vaccine. Curr. Treat.

- Options Oncol. 2007;8 (6): 393 - 401.
96. Foerster V, Murtagh J. Human papillomavirus (HPV) vaccines: a Canadian update. *Issues Emerg. Health Technol.* 2007; (109): 1 - 8.
 97. Steinbrook R. The Potencial of humanpapilloma virus vaccines. *Perspective.* 2006; 354 (11): 1109 - 12.
 98. Juárez-Albarrán A C., Juárez Gámez C A. Vacuna contra el virus del papilomahumano. *Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc.* 2008; 46(6):631-7.
 99. Braselli A, Cuevas L, Pedreira W, Abreu H, Russi JC, Balleste R, et al. Programa Prioritario de ITS/SIDA. Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2005.
 100. Villa LL. Vacunas contra el virus del papiloma humano y cáncer invasor cervical invasor. [en Internet]. 2004 [citado 23 de junio de 2006]: [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_búsqueda=EJEMPLAR&revista_búsqueda=2374&clave_b
 101. Salazar E. Cáncer Cérvico Uterino. Nuevos rumbos para la prevención. *Revista mujer salud.* 2007; 81 (3 - 4): 81 - 3.
 102. Serman F. Cáncer cérvico uterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. *Perspectivas en prevención y tratamiento. Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2002; 67 (4): 318 - 23.
 103. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. [en Internet]. Lyon: IARC; 2004 [citado 2 de julio de 2007]: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/>
 104. Gutiérrez LV, More Vega A. Algunos aspectos del cáncer cérvico uterino en nuestro medio [en Internet]. 2002 [citado 21 de noviembre de 2007]: [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/trabajos/sagua_la_grande/02cancer_cervical/cáncer_cérvico.htm
 105. Sánchez Hernández JA, Huerta Pineda MI, Rivera Tapia JA, Rosales Pérez M. Infección por VPH y cáncer cérvico uterino. *Rev. Mex. Patol.*

- Clin. 2005; 52 (4): 222 - 33.
106. Aedo AS, Melo AA, García P. Detección y tipificación de virus papiloma humano en lesiones preneoplásicas del cuello uterino mediante PCR-RFLP. Rev. méd. Chile. 2007; 135 (2): 167 - 73.
107. Ramírez Morera A, Fuentes Belgrave L, Díaz-Pastén S. La citología masculina en manos de mujeres. Revista mujer salud. 2007; 81 (3 – 4): 83 – 9.
108. Cervantes J. Infección por papilomavirus humano y riesgo inmunológico de cáncer de cuello uterino. **Ginecol. Obstet.** 2003; 49 (1): 53 - 8.
109. Pérez Robalino MI, Ugalde Puyol J, Neira Maldonado H. Diagnóstico molecular del virus del papiloma humano por hibridación in situ por fluorescencia (FISH). [en Internet]. 2004 [citado 4 de septiembre de 2006]: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://conganat.sld.cu/autores/trabajos/T164/index.html>
110. Mendoza del Pino M, Caballería Pérez F, García Oms C, Galán Álvarez Y. El cáncer en la provincia de Camagüey. Su comparación con el país. Arch. Med. Camagüey. [serie en Internet]. 2001 [citado 1 de diciembre de 2006]; 5 (supl. 2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v5n4-2/567.htm>
111. Sánchez Morffiz Y, Barrios Rodríguez MA, Acosta Fernández R, Polo Pérez H. Relación citohistológica en mujeres con diagnóstico de papiloma virus humano. Arch. Méd. Camagüey. [serie en Internet]. 2008 [citado 12 de enero de 2009]; 12 (6). [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n6/Index.html>
112. MINSAP. Morbilidad por cáncer cervicouterino en Camagüey. Camagüey: Departamento Provincial de Estadísticas de Salud; 2005.
113. Berdasquera Corcho D. Conocimientos de los médicos de la familia sobre grupos de riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Rev. Cubana Med. Integr. [serie en Internet]. 2000 [citado 12 de julio de 2006]; 16 (6): [aprox. 13 p.]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi07600.htm

114. Klug SJ, Hukelmann M, Blettner M. Knowledge about infection with human papillomavirus: a systematic review. *Prev. Med.* 2008; 46 (2): 87 - 98.
115. Hillemanns P, Breugelmans JG, Giesecking F, Lamure E, Littlewood KJ, Petry KU. Estimation of the incidence of genital warts and the cost of illness in Germany: a cross-sectional study. *BMC Infect. Dis.* 2008; 8: 76.
116. Organización Panamericana de la Salud. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA 2004. Disponible en: <http://www.cubava.cu/cuida/its.html>
117. Rodríguez García Y, Oliva Díaz J A, Gil Hernández A. La sexualidad en los adolescentes: Algunas consideraciones. *Arch. Méd. Camagüey.* [serie en Internet]. 2007 [citado 12 de mayo de 2008]; 11 (1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v11n1-2/567.htm>
118. Guerra Guerra GI. Inicio de las relaciones sexuales en adolescentes. *Sexología y Sociedad* 2005; 11 (28): 34 - 5.
119. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud de enfermedad de hombres y mujeres en Honduras: un análisis de género. [monografía en Internet] Tegucigalpa: OPS; 2006. [citado 28 de febrero de 2008]: [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://genero.bvsalud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=431>
120. Rodríguez Corrales L. Vivir con VIH/Sida: un reto para las mujeres. *Sexología y Sociedad* 2005; 11 (28): 15 - 20.
121. Tamayo Lien T, Varona Sánchez J. Infección por papiloma virus humano en adolescentes. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol.* [serie en internet]. 2006 [citado 17 de agosto de 2007]; 32 (2): [aprox. 14 p.]. Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-
122. Mendoza del Pino M. La oncología en la atención primaria de salud. La Habana: Política; 2006.
123. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G. La Medicina General Integral en Cuba. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana:

Ecimed; 2001. p. 22 - 7.

124. Giuliano AR. Human papillomavirus vaccination in males. *Gynecol. Oncol.* 2007; 107 (2 Suppl): 24 - 6.
125. Sobhani I, Walker F, Roudot-Thoraval F, Abramowitz L, Johanet H, Hénin D, et al. Anal carcinoma: incidence and effect of cumulative infections. *AIDS.* 2004;18 (11): 1561 - 9.
126. Nyitray A, Nielson CM, Harris RB, Flores R, Abrahamsen M, Dunne EF, et al. Prevalence of and risk factors for anal human papillomavirus infection in heterosexual men. *J. Infect. Dis.* 2008; 197 (12): 1676 - 84.
127. León Cruz G, Faxas ME. Cáncer de cuello uterino: aspectos inmunológicos y genéticos de mayor relevancia. *Rev. Cubana Med.* [serie en Internet]. 2004 [citado 12 de julio de 2006]; 43 (1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol43_1_04/med08104.htm
128. Varela PJ, Rojas R. Infección por virus papiloma humano persistente y neoplasia cérvico uterina. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2003; 68 (5): 371 - 5.
129. Kimberly A, Workowski MD, Stuart M, Berman MD. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2006.
130. Hanisch R, Gustat J, Hagensee ME, Baena A, Salazar JE, Castro MV, et al. Knowledge of pap screening and human papillomavirus among women attending clinics in Medellín, Colombia. *Int. J. Gynecol. Cancer.* 2007; 10 (16): 247 - 51.
131. Miranda Díaz BT, Olazábal Pacheco M, Piña Rodríguez Y. Prevención de las infecciones de transmisión sexual. Escuelas Secundarias del barrio Versalles. **Rev. Méd. Electrón.** [serie en Internet]. **2005 [citado 1 de junio de 2006]; 27 (4): [aprox. 14 p.]. Disponible en:** http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol43_1_04/med08104.htm
132. Mosavel M, El-Shaarawi N. I have never heard that one: young girls' knowledge and perception of cervical cancer. *J. Health. Commun.* 2007; 12 (8): 707 - 19.

133. Stanley M. Prevention strategies against the human papillomavirus: the effectiveness of vaccination. *Gynecol. Oncol.* 2007; 107 (2 Suppl.): 19 -23.
134. Puello E. El condón: ¿piedra filosofal o piedra del escándalo? *Sexología y Sociedad* 2005; 11 (29): 28 - 33.
135. Trinquete Díaz DE. Adolescentes y VIH/SIDA: ¿quién dijo que todo está perdido? *Sexología y Sociedad* 2005; 11 (27): 4 - 7.
136. Hernández Bravo A, Marrero López A, Ruiz Varela L, Fundora Santana A. Aceptación del preservativo como prevención de infecciones de transmisión sexual en el Polo Turístico de Jibacoa. *Rev. Ciencias Med. de La Habana* [serie en Internet] 2003 [citado 19 de noviembre de 2007]; 9 (2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol43_1_04/med08104.htm
137. Ferrá Torres TM, Amador Díaz ME. Algunos aspectos epidemiológicos de los condilomas acuminados. Estudio de 307 casos. *Arch. Med. Camagüey.* [serie en Internet] 2008 [citado 12 de enero de 2009]; 12 (3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v12n3-2/567.htm>
138. Rubio-Aurioles E. Prioridades globales para el logro de la salud sexual: un análisis de las metas del milenio y las necesidades globales de la salud sexual. La declaración Salud Sexual para el Milenio. Conferencia magistral dictada por el presidente de la Asociación Mundial para la Salud Sexual en el IV Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual, celebrado en el Palacio de Convenciones, Cuba. *Sexología y Sociedad* 2008; 14 (37): 27 – 35.
139. **Alfonso Rodríguez CA .Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. Rev. Cubana Salud Pública. 2003; 32 (1):** http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000100002&lng=es&nrm=iso
140. Ferrá Torres TM. Estrada Abreu DR, Bermejo Bencomo W. Cáncer cérvico uterino y verrugas ano-genitales: su relación. *Arch. Med. Camagüey.* [serie en Internet] 2008 [citado 12 de enero de 2009]; 12 (1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n1>

141. Diccionario de la lengua española. 21ra ed. Madrid: Espasa Calpe; 1994. Algoritmo; p.99.
142. Sánchez Santos L, Amaro Cano MC. La Salud Pública en Cuba. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ecimed; 2001. p.1 - 6
143. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión Metodológica. La Habana: Ecimed; 2002.
144. Román Fernández L, Erice Candelario A, Ulloa Cruz V. Afecciones ginecológicas más frecuentes. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Vol 2; 2001. p. 771.
145. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. Ginebra: OMS; 2006.
146. León Cruz G, Bosques Diego OJ. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2005 [citado 26 de septiembre de 2008]; 31 (1): [aprox. 13 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100010&lng=es&nrm=iso.
147. Ferrá Torres TM, Del Río Ysla MB, Carrazana Hernández G, Bermejo Bencomo W, Pérez Jiménez AY. Verrugas Anogenitales. Co-factores de persistencia medio ambientales del Papiloma Virus Humano. MediCiego. [serie en Internet]. 2008 [citado 12 de enero de 2009]; 14 (2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/rvistas/mciego/v14-supl2-8>
148. Ferrá Torres TM, Estrada Abreu DR, Bermejo Bencomo W. Factores de riesgo medio ambientales del Cáncer Cérvico Uterino. Arch. Méd. Camagüey. [serie en Internet]. 2009 [citado 12 de enero de 2009]; 12 (3). [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v12n6-2/322.htm>
149. Rojas Rivero L, Izquierdo Cirer A, Sarría Pérez C, Sariago Ramos I, Fraga Nodarse J. Comportamiento de la trichomonosis vaginal en un grupo de

- adolescente. Rev Cubana Med Trop [serie en Internet]. 2003 Dic. [citado 26 de septiembre de 2008]; 55 (3): 179 - 184. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602003000300008&lng=es&nrm=iso
150. Ferrá Torres TM, Del Río Ysla MB, Carrazana Hernández GB. Relación de las Verrugas Ano- Genitales con lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino. MediCiego. [serie en Internet] 2008 [citado 12 de enero de 2009]; 14 (1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/rvistas/mciego/v14-supl1-08>
151. Premoli G, González A, Villarreal J, Percoco T, Pietrocino P, Aguilera L. Virus del papiloma humano; visión actual en biomedicina. Rev Asoc Dental Mex 2005(nov-dic); 62(6): 213-224.
152. Infecciones de transmisión sexual [serie en internet].2005 [citado 12 mar 2006]: [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.dynabizvenezuela.com/images/dynabiz/ID3749/siteinfo/Enfermedades%20de%20Transmisi%F3n%20Sexual.pdf>
153. Kjellberg L, Hallmans G, Ahren A, Johansson R: Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infections. Br J Cancer 2006; 82(7): 1332-8.
154. Alcántara J. Infección por el papiloma virus humano (PVH). Boletín informativo para la prevención del SIDA 2007;(4): 1-2. Disponible en: <http://www.inppares.org.pe/doc/bolet2-4.pdf>
155. Huang CM. Human papillomavirus and vaccination. Mayo Clin Proc. 2008; 83(6): 701-6.
156. Santiesteban S, Rigol O. Exploración ginecológica. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ecimed; 2004. p. 37-53.
157. Verrugas genitales. En: Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL,

Berkwits M, editores. El manual Merck. T. VI. Sec. 14. 11 ed. Madrid: Elsevier; 2007.

158. Spitzer M. Screening and management of women and girls with human papillomavirus infection. *Gynecol. Oncol.* 2007; 107 (2 Suppl.): 14 - 8.
159. Martínez Chang YM, Sarduy Nápoles M. Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical. *Rev Cubana Invest Bioméd [serie en Internet]*. 2006 [citado 26 de septiembre de 2008]; 25 (1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002006000100001&lng=es&nrm=iso.
160. Ponce Rodríguez M del C., Aguilar Isla S, De la Torre Jiménez AI. El diagnóstico de infección por el virus de papiloma humano en adolescentes estudio de los dos últimos años en el Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro. En: UNNINET. VI Congreso virtual de Anatomía patológica, 1 – 31 marzo 2004. Trinidad. [en Internet]. 2004 [citado 17 de abril de 2006]: [aprox. 28 p.]. Disponible en: <http://conganat.uninet.edu/6CVHAP/autores/trabajos/T331/index.html>
161. Infecciones de Transmisión sexual. **Virus del Papiloma Humano.** Somos Jóvenes digital [serie en internet]. 2008 [citado 22 nov 2008]: [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.somosjovenes.cu/index.htm>
162. Díaz Alonso G. Infección por virus del papiloma humano. En: Álvarez Sintés. *Temas de Medicina General Integral*. La Habana: Ecimed; 2001. p. 414 - 7. Figueroa H, Valtierra F.
163. Figueroa H, Valtierra F. Epidemiología del Virus del Papiloma Humano. *Medicina y Humanidades* 2004; 3-5. Disponible en: <http://www.acmor.org.mx/cuam/biol/244papiloma.pdf>
164. Pastner B. Colposcopia del condiloma genital externo. En: Apgar BS,

Broetzman GL, Spitzer M. Colposcopia: Principios y práctica. México: McGraw Hill; 2002. p .395 - 401.

165. Sanabria Negrín J G, Abreu Mérida M, Salgueiro Medina V, Palacio Valdés G. Prevalencia del virus del papiloma humano. Pinar del Río. 2004. En: UNNINET. VII Congreso virtual de Anatomía patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet, 1 – 31 octubre 2005, [en internet]. 2004 [citado 12 jul 2006]: [aprox. 28 p.]. Disponible en: <http://conganat.uninet.edu/6CVHAP/autores/trabajos/T331/index.html>
166. Sijvarger C, González J, Prieto A, Messmer G, Mallimaci M, Alonio M, et al. Epidemiología de la infección cervical por virus Papiloma humano en Ushuaia, Argentina .Rev. Argent Microbiol 2006 (ene-mar); 38(1): 9-11.
167. Sánchez Hernández M, Moreno Fernández M, López Álvarez AM, Osorio Enciso F, Juárez Barrios I, Rodríguez Bravo MV. Epidemiología de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Educare21 2004; 6. Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare06/aprendiendo/aprendiendo2.htm>
168. Rosell Juarte E, Muñoz Dobargane A, Cepero Muñoz F, Cardoso Hernández J, Estenoz Fernández O. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino Arch Med Camagüey [serie en internet]. 2007; [citado 8 feb2008]; 11(supl. I): [aprox 8 p.]. Disponible en: <http://shine.cmw.sld.cu/amc/v11supl.I/830.htm>
169. Concepción Ulloa V, González Rodríguez Z, Núñez Jiménez LA. Comportamiento de los casos de Condilomas Acuminados desde abril 2006-2007 en Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Camilo Cienfuegos. Ciencias Médicas Sancti-Spíritus 2007; 2 (1): 4-6.
170. Palma Lazcano I. Epidemiología del virus del papiloma humano. Rev Paceaña Med Fam 2006; 3(4): 67-70. Disponible en http://www.mflapaz.com/Revista_4_Pdf/6%20Epidemiologia%20del

%20HPV.pdf

171. Moreno Bosch F, Muñoz N, Meijer Ch, Shah K, Walboomers J: Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2003; 359(9312): 1085-92.
172. Rosenblatt C, Lucon AM, Pereyra EA, Pinotti JA, Arap S, Ruiz CA. HPV prevalence among partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 84(2): 156-61.
173. Tibúrcio AS, Passos MRL, Pinheiro UMS. Epidemiologia das DST- Perfis de pacientes atendidos num Centro Nacional de Treinamento. *J. Bras. Doenças Sex. Transm* 2004; 12 (4): 4 –39.

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DEL AUTOR

Presentaciones en eventos científicos desde el 1995 a la fecha.

1. "Tratamiento de los Condilomas Acuminados". Jornada Científica Provincial. Premio Anual de la Salud. Camagüey, 10 y 11 de Marzo de 1995.
2. "Tratamientos de los Condilomas Acuminados". II Jornada Científica Provincial de los Servicios Médicos del MININT. Camagüey, 11 de Mayo de 1995.
3. "Verrugas anogenitales". Estudio Epidemiológico de 80 casos. Jornada Territorial Centro-Oriental. Camagüey, 18 al 20 de Abril de 1996.
4. "Verrugas anogenitales. Aspectos Epidemiológicos". IV Congreso Nacional de Higiene y Epidemiología y I Congreso Nacional de Infectología. La Habana, 1996.
5. "Homeopatía. Una modalidad terapéutica en las verrugas anogenitales". La salud del Turista. Congreso Internacional de la AMECA. La Habana, 10 de abril de 1997.
6. "Homeopatía en verrugas anogenitales. "Estudio Preliminar". Primer Congreso Nacional de Homeopatía. La Habana, 8 al 10 de Diciembre de 1997
7. "Homeopatía. Una variante terapéutica en la verrugas anogenitales".

- (Destacado). Forum de Ciencia y Técnica Hospital Provincial Docente “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey, 18 de Julio de 1998.
8. “Evaluación de la Criocirugía en el tratamiento de los condilomas acuminados”. (Relevante). XIII Forum de Ciencia y Técnica, Primera Etapa Hospital Provincial “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey, 19 de Junio de 1999.
 9. “Homeopatía y Podofilina en el tratamiento de los condilomas acuminados”. Jornada Científica por el XXXVII Aniversario del Hospital Provincial “Manuel A. Domenech”. Camagüey, 27 al 30 de Enero de 1999.
 10. “Evaluación de la Criocirugía como tratamiento de los condilomas acuminados”. Jornada Científica por el XXXVII Aniversario del Hospital Provincial “Manuel A. Domenech”. Camagüey, 27 al 30 de Enero de 1999.
 11. “Tratamiento Homeopático de las Verrugas Anogenitales”. IV SIMPOSIUM Internacional de Plantas Medicinales, Ciencia y Homeopatía. La Habana, 20 al 22 de Octubre de 1999.
 12. “Evaluación de la Criocirugía como tratamiento de los Condilomas Acuminados” (Mención). II Forum Ramal Provincial de la Salud. Camagüey, 26 de Octubre de 1999.
 13. “Tratamiento de los Condilomas Acuminados con Criocirugía”. Jornada Territorial Camagüey – Ciego de Ávila y Las Tunas. 2000.
 14. “Homeopatía una Modalidad Terapéutica en las Verrugas Anogenitales”. Jornada Territorial Camagüey – Ciego de Ávila y Las Tunas. 2000.
 15. “Homeopatía: Su eficacia en el tratamiento de los Condilomas Acuminados”. Primer Congreso Internacional de Holomedicina Integrativa. Camagüey, 26 ,27

y 28 de Febrero de 2004.

16. "Relación del Cáncer Cérvico Uterino con la infección por PVH". XVI Forum de Ciencia y Técnica. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, Julio de 2006.
17. "Manejo de pacientes con condilomas acuminados. "Estudio Preliminar". Jornada 45 Aniversario Hospital Provincial Universitario. "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, 11-13 de Enero de 2007
18. "Algunos aspectos epidemiológicos de los condilomas acuminados. Estudio de 307 casos". 4 ta Jornada Científica Provincial de Dermatología. Ciego de Ávila, 3 de Julio de 2008.
19. "Manejo de pacientes femeninas con condilomas acuminados". 4 ta Jornada Científica Provincial de Dermatología. Ciego de Ávila, 3 de Julio de 2008.
20. "Papilomatosis Cutánea y Cáncer Cérvico Uterino". (Conferencia). 4 ta Jornada Científica Provincial de Dermatología. Ciego de Ávila, 3 de Julio de 2008.
21. "Estado Actual del conocimiento médico acerca de los condilomas acuminados y cáncer cervicouterino". (Relevante). XVII Forum de Ciencia y Técnica. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, 16-19 Julio de 2008.
22. "Condiloma acuminado gigante de Buschke y Lowestein. Presentación de un caso". (Relevante). XVII Forum de Ciencia y Técnica. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, 16 -19 Julio de 2008.
23. "Manejo de pacientes femeninas con condilomas acuminados". (Destacado). XVII Forum de Ciencia y Técnica. Hospital Universitario "Manuel Ascunce

- Domenech". Camagüey, 16-19 Julio de 2008.
24. "Manejo de pacientes con Verrugas Anogenitales. XVII Forum de Ciencia y Técnica. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, 16-19 Julio de 2008.
 25. "Algunos aspectos epidemiológicos de los condilomas acuminados". (Destacado). XVII Forum de Ciencia y Técnica. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, 16-19 Julio de 2008.
 26. "Infección por PVH, condilomas acuminados y cáncer cervicouterino". XVII Forum de Ciencia y Técnica. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, 16-19 Julio de 2008.
 27. "Estado Actual del conocimiento de los condilomas acuminados". Jornada Provincial de Ginecología y Obstetricia Salud Reproductiva-Camagüey 2008. Camagüey, 29 de Noviembre de 2008.
 28. "Manejo de pacientes femeninas con condilomas acuminados". Jornada Provincial de Ginecología y Obstetricia Salud Reproductiva-Camagüey 2008. Camagüey, 29 de Noviembre de 2008.
 29. "Algunos aspectos epidemiológicos de los condilomas acuminados". Jornada Provincial de Ginecología y Obstetricia Salud Reproductiva-Camagüey 2008. Camagüey, 29 de Noviembre de 2008.
 30. "Caracterización epidemiológica de los condilomas acuminados". Municipios Camagüey, Najasa y Jimaguayú Jornada Territorial del Hospital Militar "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Camagüey, 18 de Diciembre de 2008.
 31. "Evaluación de la atención a la mujer con condilomas acuminados". Jornada

Territorial del Hospital Militar "Octavio de la Concepción y de la Pedraja".
Camagüey, 18 de Diciembre de 2008.

32. "Atención de mujeres con condilomas acuminados". Jornada Territorial del Hospital Militar "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Camagüey, 18 de Diciembre de 2008.

33. "Correlación dermatológico- urológica. Dermatitis genitales". Jornada Territorial del Hospital Militar "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Camagüey, 18 de Diciembre de 2008.

34. "Condilomas acuminados .Indicador de lesiones precursoras del cáncer cervicouterino". Jornada Científica Provincial en saludo al 70 Aniversario de la Fundación del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí ". Camagüey, 12 y 13 de febrero de 2009.

35. "Cáncer Cervicouterino y Condilomas acuminados". Jornada Científica Provincial en saludo al 70 Aniversario de la Fundación del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí ". Camagüey, 12 y 13 de febrero de 2009.

36. "Estado Actual en cuanto al conocimiento de los Condiloma acuminados y el Cáncer Cervicouterino". Jornada Científica Provincial en saludo al 70 Aniversario de la Fundación del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí " Camagüey, 12 y 13 de febrero de 2009.

37. "Atención de pacientes femeninas con condilomas acuminados". Jornada Científica Provincial en saludo al 70 Aniversario de la Fundación del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí ". Camagüey, 12 y 13 de febrero de 2009.

38. "Condilomas acuminados. Indicador de lesiones precursoras del cáncer

cervicouterino”. [Congreso 70 Aniversario del IPK,](#)

VII Congreso Cubano de Microbiología y Parasitología. IV Congreso Nacional de Medicina Tropical. Palacio de la Convenciones. La Habana, 1 al 4 de junio de 2009.

39. “Relación de verrugas ano genitales con lesiones precursoras de cáncer

cervicouterino”. [Congreso 70 Aniversario del IPK,](#)

VII Congreso Cubano de Microbiología y Parasitología. IV Congreso Nacional de Medicina Tropical. Palacio de la Convenciones. La Habana, 1 al 4 de junio de 2009.

25.2 Publicaciones de 1995 a la fecha.

1. Verrugas Anogenitales. Aspectos Epidemiológicos. Rev. Leprol. Fontilles. 1995; Enero-Abril, 20(1): 615-623.
2. Verrugas Anogenitales. Su tratamiento. Rev. Leprol. Fontilles. 1995; May-Junio, 20(2); 725-736.
3. Cáncer cérvico uterino y verrugas ano-genitales: su relación. Arch. Med. Camagüey. [serie en Internet] 2008 12 (1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n1>
4. Algunos aspectos epidemiológicos de los condilomas acuminados. Estudio de 307 casos. Arch. Med. Camagüey. [serie en Internet] 2008; 12 (3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v12n3-2/567.htm>
5. Relación de las Verrugas Anogenitales con lesiones precursoras del cáncer cervicouterino. MediCiego. [serie en Internet] 2008; 14 (1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/rvistas/mciego/v14-supl1-08>

6. Manejo de pacientes femeninas con condilomas acuminados. Arch. Med. Camagüey. [serie en Internet]. 2009; 12 (6). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/209/v12n6>
7. Verrugas Anogenitales. Co-factores de persistencia medio ambientales del Papiloma Virus Humano. MediCiego. [serie en Internet]. 2008; 14 (2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/rvistas/mciego/v14-supl2-8>
8. Cáncer cérvico uterino. Comportamiento durante el quinquenio 2002 – 2006 en la provincia Camagüey. MediCiego 2008; 14 (2). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/v14-02-08>
9. Factores de riesgo medio ambientales del Cáncer Cérvico Uterino. Arch. Med. Camagüey. [serie en Internet].2009; 12 (3). [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v12n6-2/322.htm>

25.3 Investigaciones:

1. Verrugas anogenitales. Su tratamiento.1996
2. Diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en pacientes portadoras de verrugas anogenitales. 2004.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amaro Hernández F, Polo Cardoso K, Mendoza del Pino M, Pareta L, Cardoso Núñez O. Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparición del cáncer cérvico uterino en un área de salud. Arch. Med. Camagüey. [serie en Internet]. 2003 [citado 18 de julio de 2006]; 7 (supl. 2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://shine.cmw.sld.cu/amc/v7supl2/830.htm1-6>
2. Anorlu RI. What is the significance of the HPV epidemic? Can. J. Urol. 2008; 15 (1): 3860 - 5.
3. Atalay F, Taskiran C, Taner MZ, Pak I, Or M, Tuncer S. Detection of human papillomavirus DNA and genotyping in patients with epithelial ovarian carcinoma. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2007; 33 (6): 823 - 28.
4. Aubin F, Pretet C, Mougín D. Infection a papillomavirus humains. Ann. Dermatol. Venereol. 2007; 134 (1): 94 - 9.
5. Ault KA. Gynecol Oncol. Long-term efficacy of human papillomavirus vaccination. 2007;107 (2 Suppl): 27 - 30.
6. Balestena Sánchez JM, Suárez Blanco C, Piloto Morejón M, Batista Carvajal R. Correlación entre el diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico por conización. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. [serie en Internet]. 2004 [citado 18 de julio de 2008]; 30 (3): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin07103.htm
7. Basta MS, Sharma K, Chauhan M. Be wary, this is not a case of vulval warts!. Int. J. STD AIDS. 2008;19 (3): 213 - 4.
8. Berdasquera Corcho D. Conocimientos de los médicos de la familia sobre grupos de riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Rev. Cubana Med. Integr. [serie en Internet]. 2000 [citado 12 de julio de 2006]; 16 (6): [aprox. 13 p.]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi07600.htm

9. Bernard Hu, Calleja-Macias IE, Duna ST. Genome variation of humanpapilloma virus types: phylogenetic and medical implications. *Int. J. Cancer*. 2006; 118: 1071 - 6.
10. Borges Laffita M, Sanamé Columbié O, Hartmann Guilarte A, Terán Palermo S. Estudio epidemiológico de las displasias epiteliales de cuello uterino y la infección por H.P.V. en el Hospital General Docente de Baracoa, Guantánamo, Cuba en el año 2002. [en Internet]. 2003 [citado 18 de julio de 2006]. Disponible en: <http://conganat.sld.cu/autores/trabajos/T164/index.html>.
11. Bouscarat F, Dupin N, Javier M, Drobacheff C, Milpied B, Vexiau D. Maladies sexuellement transmissibles recommandations diagnostiques et thérapeutiques. Verrues génitales (condylomes) externes. *Ann. Dermatol. Venereol*. 2006; 133 (8 / 9): 2536 - 8.
12. Braillard Pocard PM, Braverman A, Cabrera MN, Chapier VV. Cáncer de cérvix: incidencia según edad y estadio tumoral. *Rev Postg Vía Cated Med* [serie en Internet]. 2005 [citado 12 de julio de 2006]; (141): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista141/3_141.htm
13. Braselli A, Cuevas L, Pedreira W, Abreu H, Russi JC, Balleste R, et al. Programa Prioritario de ITS/SIDA. Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2005.
14. Bravo Polanco E, Roby Rojas R, Chaviano Marichal A. Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico – uterino. *Cumanayagua*. Enero – Diciembre 2000 [en Internet]. 2002 [citado 21 de diciembre de 2008]: [aprox. 21 p.]. Disponible en: <http://aps.sld.cu/seminario2002/recursos/ver.php/factores%20de%20riesgos%20asociados%20al%20cancer%20de%20cuello%20%20cervico%20uterino.%20cumanayagua?id=38>
15. Brustmann H. Epidermal growth factor receptor is involved in the development of an invasive phenotype in vulvar squamous lesions, but is not related to MIB-1 immunoreactivity. *Int J. Gynecol. Pathol*. 2007; 26 (4):

481 - 9.

16. Cabezas Cruz E. Lesiones malignas del útero. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ecimed; 2004. p.297 - 312.
17. Cabezas Cruz E, Camacho Canino T, Santana Martínez A, Forrajero Martínez I, Aguilar Vela de Oro F, et al. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino. La Habana: Ecimed; 2001.
18. Cai B, Ronnett BM, Stoler M, Ferenczy A, Kurman RJ, Sadow D. Longitudinal Evaluation of Interobserver and Intraobserver Agreement of Cervical Intraepithelial Neoplasia Diagnosis Among an Experienced Panel of Gynecologic Pathologists. *Am J Surg. Pathol.* 2007;31 (12): 1854 - 60.
19. Cao Y, Zhao J, Lei Z, Shen S, Liu C, Li D, Local accumulation of FOXP3+ regulatory T cells: evidence for an immune evasion mechanism in patients with large condylomata acuminata. *J Immunol.* 2008;180 (11): 7681 - 6.
20. Carvajal Balaguera J, Martín García-Almenta M, Oliart Delgado de Torres S, Camuñas Segovia J, Peña Gamorra L, Gómez Maestro P, et al. Condiloma acuminado gigante inguinal y perianal: cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. *MAPFRE Med.* 2006; 17 (2): 144: 50.
21. Carrillo A, Mohar A, Meneses A, Frías-Mendivil M, Solorza G, Lizano M. Utilidad en la combinación de oligonucleótidos universales para la detección del virus del papiloma humano en cáncer cervicouterino y lesiones premalignas. *Salud pública Méx.* [serie en Internet]. 2004 [citado 9 de agosto de 2007]; 46 (1): 7 - 15. Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000100002&lng=es&nrm=iso.
22. Castañeda Iñiguez MS. **El cáncer cervical como problema de salud pública en mujeres mexicanas y su relación con el virus de papiloma humano.** [tesis]. 2003 [citado 9 de agosto de 2007]: [aprox 9 p.]. Disponible en: http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105-175123/msci1de1.pdf
23. Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N. Environmental co-factor in PVH

- Carcinogenesis. Virus Research. 2002; 89 (2): 191 - 9.
24. Cervantes J. Infección por papilomavirus humano y riesgo inmunológico de cáncer de cuello uterino. **Ginecol. Obstet.** 2003; 49 (1): 53 - 8.
 25. Colombo-Benkman M, Buchweitz O, Senninger N. Ultrasonic Technology: A New Treatment Option for Anal Condylomata Acuminata. Dis Colon Rectum. In press. 2008.
 26. Concepción Ulloa V, González Rodríguez Z, Núñez Jiménez LA. Comportamiento de los casos de Condilomas Acuminados desde abril 2006-2007 en Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Camilo Cienfuegos. Ciencias Médicas Sancti-Spíritus 2007; 2 (1): 4-6.
 27. Cuba. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario estadístico de salud. La Habana: Ecimed; 2006.
 28. Cuba. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario estadístico de salud. La Habana: Ecimed; 2007.
 29. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión Metodológica. La Habana: Ecimed; 2002.
 30. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de ETS. La Habana: MINSAP; 1997.
 31. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana; 2006.
 32. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Situación de salud en Cuba: indicadores básicos 99. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 1999.
 33. Cutié E. Infecciones de transmisión sexual. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ecimed; 2004. p. 391 - 9.
 34. Cutts FT, Franceschi S, Goldie S, Castellsague X, de Sanjose S, Garnett G. Human papillomavirus and HPV vaccines: a review. Bull World Health Organ. 2007; 85 (9): 719 - 26.
 35. Chan CC, Chiu HC. Images in clinical medicine. Vestibular papillomatosis. N Engl. J. Med. 2008;358 (14): 1495.

36. Chile. Ministerio de Salud. Guía clínica cáncer cérvico uterino. Santiago de Chile: Minsal; 2005.
37. Dempsey AF, Koutsky LA. National burden of genital warts: a first step in defining the problem. *Sex. Transm. Dis.* 2008;35 (4): 361 - 2.
38. Díaz Alcorta T, González Bridón A, Espinosa Mayo JA, Díaz Triana I, Batallán Jérez MP. Condiloma Gigante o de Buschke Loewenstein. Presentación de un caso. *Correo Científico Médico de Holguín* 2005; 9 (1): [serie en Internet]. 2005 [citado 19 de marzo de 2008]; 30 (3): [aprox. 9 p] Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/No91/n9presc1.htm>
39. Díaz Alonso G. Infección por virus del papiloma humano. En: Álvarez Sintés. *Temas de Medicina General Integral*. La Habana: Ecimed; 2001. p. 414 - 7.
40. *Diccionario de la lengua española*. 21ra ed. Madrid: Espasa Calpe; 1994. Algoritmo; p.99.
41. Dinh TH, Sternberg M, Dunne EF, Markowitz LE. Genital warts among 18- to 59-year-olds in the United States, national health and nutrition examination survey, 1999--2004. *Sex. Transm. Dis.* 2008; 35 (4): 357 - 60.
42. Duensing A, Chin A, Wang L, Kuan SF, Duensing S. Analysis of centrosome overduplication in correlation to cell division errors in high-risk human papillomavirus (HPV)-associated anal neoplasms. *Virology*. In press. 2007.
43. Elghelbazouri Y, Afifi Benameur A, Elhallaoui F, Kettani M, Aitourhrouil K, Senouci B. Carcinoma verruquex bucal et infection a papillomavirus. *Ann. Dermatol. Venereol.* 2007; 134 (1): 659 - 62.
44. El Nobel premia a los descubridores de los virus del sida y el cáncer de cuello de útero. [en Internet]. 2008 [citado 10 de enero de 2009]. Disponible en: <http://www.elmundo.es>
45. Epidemiología del virus del papiloma humano. [en Internet]. 2006 [citado 17 de enero de 2008]: [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://geosalud.com/VPH/epivph.htm>

46. Eversole LR. Papillary lesions of the oral cavity: relationship to human papillomaviruses. *J. Calif. Dent. Assoc.* 2000; 28 (12): 922 - 7.
47. Factores de riesgo para desarrollar cáncer del cérvix. [en Internet]. 2002 [citado 2 de octubre de 2006]: [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.drscope.com/pac/gineobs/g8/g8_pag31.htm
48. Feal Cañizares P, Batista Moliner R. Metodología de la investigación. En: Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina General Integral*. T. 1. La Habana: Ecimed; 2001. p. 343 – 53.
49. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. [en Internet]. Lyon: IARC; 2004 [citado 2 de julio de 2007]: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/>
50. Fernández -Obanza W, Louro González A. Condilomas acuminados. *Guías clínicas* 2003; 3 (33): 153 – 6.
51. Ferrá Torres TM, Amador Díaz ME. Algunos aspectos epidemiológicos de los condilomas acuminados. Estudio de 307 casos. *Arch. Med. Camagüey*. [serie en Internet] 2008 [citado 12 de enero de 2009]; 12 (3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v12n3-2/567.htm>
52. Ferrá Torres TM, Del Río Ysla MB, Carrazana Hernández GB. Relación de las Verrugas Ano- Genitales con lesiones precursoras de cáncer cervico uterino. *MediCiego*. [serie en Internet] 2008 [citado 12 de enero de 2009]; 14 (1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/rvistas/mciego/v14-supl1-08>
53. Ferrá Torres TM, Del Río Ysla MB, Carrazana Hernández G, Bermejo Bencomo W, Pérez Jiménez AY. Verrugas Anogenitales. Co-factores de persistencia medio ambientales del Papiloma Virus Humano. *MediCiego*. [serie en Internet]. 2008 [citado 12 de enero de 2009]; 14 (2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/rvistas/mciego/v14-supl2-8>
54. Ferrá Torres TM, Estrada Abreu DR, Bermejo Bencomo W. Cáncer cérvico uterino y verrugas ano-genitales: su relación. *Arch. Med. Camagüey*. [serie en Internet] 2008 [citado 12 de enero de 2009]; 12(1): [aprox. 13 p.].

Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v12n1-2/567.htm>

55. Ferrá Torres TM, Estrada Abreu DR, Bermejo Bencomo W. Factores de riesgo medio ambientales del Cáncer Cérvico Uterino. Arch. Méd. Camagüey. [serie en Internet].2009 [citado 12 de enero de 2009]; 12 (3). [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v12n6-2/322.htm>
56. Figueroa H, Valtierra F. Epidemiología del Virus del Papiloma Humano. Medicina y Humanidades 2004; 3-5. Disponible en: <http://www.acmor.org.mx/cuam/biol/244papiloma.pdf>
57. Foerster V, Murtagh J. Human papillomavirus (HPV) vaccines: a Canadian update. Issues Emerg. Health Technol. 2007; (109): 1 - 8.
58. Franco E, Villa L, Rohan T, Ferenczy A, Petzl-Erler M, Matlashewski E. Diseños y métodos del estudio longitudinal Ludwig-McGill, sobre la historia natural por papiloma virus humano y la neoplasia cervical en Brasil. Rev. Panam. Salud Pública 1999; 6 (4): 223 – 33.
59. Gerein V, Schmandt S, Babkina N, Barysik N, Coerdts W, Pfister H. Human papilloma virus (HPV)-associated gynecological alteration in mothers of children with recurrent respiratory papillomatosis during long-term observation. Cancer Detect. Prev. 2007; 31 (4): 276 - 81.
60. Gerend MA, Shepherd .Using message framing to promote acceptance of the human papillomavirus vaccine. Health Psychol. 2007; 26 (6): 745 - 52.
61. Giuliano AR. Human papillomavirus vaccination in males. Gynecol. Oncol. 2007; 107 (2 Suppl): 24 - 6.
62. González Mendoza A, Vega Sánchez Trinidad J, Peón Sánchez D, Zavala Tay J. Frecuencia de vaginosis producida por *Gardinerella Vaginalis* y su asociación con otros patógenos causantes de infección genital. Ginecol. Obstet. Mex. 2001; 69: 272 - 6.
63. Goon P, Sonnex C. Frequently asked questions about genital warts in the genitourinary medicine clinic: an update and review of recent literature. Sex. Transm. Infect. 2008; 84 (1): 3 - 7.
64. Gotovtseva EP, Kapadia AS, Smolensky MH, Lairson DR. Optimal

frequency of imiquimod (aldara) 5% cream for the treatment of external genital warts in immunocompetent adults: a meta-analysis. *Sex. Transm. Dis.* 2008; 35 (4): 346 - 51.

65. Gross G, Polyphenon E. A new topical therapy for condylomata acuminata. *Hautarzt.* 2008; 59 (1): 31 - 5.
66. Gross G, Ikenberg H, Petry KU, Pfister H, Schneede P. Condylomata acuminata and other HPV associated disease pictures of the genitals, anus and urethra. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2008;6 (2): 153 - 62.
67. Gross G, Pfister H. Role of human papillomavirus in penile cancer, penile intraepithelial squamous. *Med. Microbiol. Immunol.* 2004 Feb; 193 (1): 35 - 44.
68. Guerra Guerra GI. Inicio de las relaciones sexuales en adolescentes. *Sexología y Sociedad* 2005; 11 (28): 34 - 5.
69. Gutiérrez LV, More Vega A. Algunos aspectos del cáncer cérvico uterino en nuestro medio [en Internet]. 2002 [citado 21 de noviembre de 2007]: [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/trabajos/sagua_la_grande/02cancer_cervical/cáncer_cérvico.htm
70. Gutiérrez González N, Enríquez Domínguez B, Villar Novell A L. Condiloma gigante y embarazo. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol.* 2003; 29 (3): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_3_03/gin/o6303.htm
71. Hakim AA, Lin PS, Wilczynski S, Nguyen K, Lynes B, Wakabayashi MT. Indications and efficacy of the human papillomavirus vaccine. *Curr. Treat. Options Oncol.* 2007;8 (6): 393 - 401.
72. Hanisch R, Gustat J, Hagensee ME, Baena A, Salazar JE, Castro MV, et al. Knowledge of pap screening and human papillomavirus among women attending clinics in Medellín, Colombia. *Int. J. Gynecol. Cancer.* 2007; 10 (16): 247 - 51.
73. Harald zur Hausen. [en Internet]. 2008 [citado 10 de enero de 2009]. Disponible en: <http://www.wikipedia.org>

74. Haverkos H, Roherer M, Pickworth W. The cause of invasive cervical cancer could be multifactorial. *Biomed. Pharmacother.* 2000; 54 (1): 54 - 9.
75. Herman BE, Corneli HM. A practical approach to warts in the emergency department. *Pediatr. Emerg. Care.* 2008;24 (4): 246 – 51.
76. Hernández Bravo A, Marrero López A, Ruiz Varela L, Fundora Santana A. Aceptación del preservativo como prevención de infecciones de transmisión sexual en el Polo Turístico de Jibacoa. *Rev. Ciencias Med. de La Habana* [serie en Internet] 2003 [citado 19 de noviembre de 2007]; 9 (2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol43_1_04/med08104.htm
77. Hernández Galván F, Esteban María J, Gómez Guerra L, Gutiérrez González A, Arrambide Gutiérrez G, Díaz Campos A, et al. Efectos colaterales del tratamiento del condiloma acuminado con podofilotoxina en crema al 0.15%: estudio preliminar. *Medicina Universitaria* 2003; 5 (21): 213 – 6.
78. Hernández Meléndrez E. *Cómo escribir una tesis.* La Habana: Ecimed; 2006.
79. Hernández Menéndez M, Ríos Hernández M de los A, Aguilar Vela de Oro O, Torres Chávez A. Actualización de la terapéutica del papilomavirus humano. Terapia convencional. *Rev. Cubana Med.* [serie en Internet]. 2004 [citado 7 de septiembre de 2006]; 43 (1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
80. Herrero R, Hildesheim A, Bratti C, Sherman M E, Hutchinson M, Morales J, et al. Population-based study of human papillomavirus infection and cervical neoplasia in rural Costa Rica. *J. Natl. Cancer. Inst.* 2000; 92 (6): 464 - 74.
81. Hillemanns P, Breugelmans JG, Giesecking F, Lamure E, Littlewood KJ, Petry KU. Estimation of the incidence of genital warts and the cost of illness in Germany: a cross-sectional study. *BMC Infect. Dis.* 2008; 8: 76.

82. Hoja informativa: cáncer cervicouterino. [en Internet]. 2004 [citado 15 de octubre de 2007]: [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/cervicalcancersp.PDF>
83. Huang CM. Human papillomavirus and vaccination. *Mayo Clin Proc.* 2008; 83(6): 701-6.
84. Infecciones de transmisión sexual [serie en internet]. 2005 [citado 12 mar 2006]: [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.dynabizvenezuela.com/images/dynabiz/ID3749/siteinfo/Enfermedades%20de%20Transmisi%F3n%20Sexual.pdf>
85. Infecciones de Transmisión sexual **Virus de Papiloma Humano**. Somos Jóvenes digital [serie en internet]. 2008 [citado 22 nov 2008]: [aprox. 2 p.] Disponible en: <http://www.somosjovenes.cu/index.htm>
86. Insinga RP, Dasbach EJ, Elbasha EH, Puig A, Reynales-Shigematsu LM. Cost-effectiveness of quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccination in Mexico: a transmission dynamic model-based evaluation. *Vaccine.* 2007; 26 (1): 128-39.
87. Iuorno J, Truskinovsky A, Chung G, Krachmer J, Bawcombe D, Huang A. Conjunctival condylomata acuminata. *Cornea.* 2008; 27 (5): 621 - 4.
88. Jiménez Estesó M. Virus papiloma humano en mujeres con alta frecuencia de cáncer de cérvix. [tesis]. Valencia: Universidad de Valencia. Facultad de Medicina; 2006.
89. Jiménez Paneque R. Metodología de la investigación: elementos básicos para la investigación clínica. La Habana: Ecimed; 1998.
90. Jones RW, Coughlan EP, Reid JS, Sykes P, Watson PD, Cook C. Human papilloma virus vaccines and their role in cancer prevention. *N Z. Med. J.* 2007; 120 (1266): 2829.
91. Juárez-Albarrán A C., Juárez Gámez C A. Vacuna contra el virus del papilomahumano. *Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc.* 2008; 46(6):631-7.
92. Kang S, Kim KH, Kim YT, Kim YH, Song YS. Safety and immunogenicity of a vaccine targeting human papillomavirus types 6, 11, 16 and 18: a randomized, placebo-

controlled trial in 176 Korean subjects. *Int. J Gynecol. Cancer*. In press. 2007.

93. Kimberly A, Workowski MD, Stuart M, Berman MD. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2006.
94. Kjellberg L, Hallmans G, Ahren A, Johansson R: Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infections. *Br J Cancer* 2006; 82(7): 1332-8.
95. Klug SJ, Hukelmann M, Blettner M. Knowledge about infection with human papillomavirus: a systematic review. *Prev. Med.* 2008; 46 (2): 87 - 98.
96. Kordi Tamandani DM, Sobti RC, Shekari M, Kaur S, Huria A. Impact of polymorphism in IL-1RA gene on the risk of cervical cancer. *Arch. Gynecol. Obstet.* In press. 2007.
97. Kresge KJ. Cervical cancer vaccines: introduction of vaccines that prevent cervical cancer and genital warts may fore-shadow implementation and acceptability issues for a future AIDS vaccine. */AV/ Rep* [serie en Internet]. 2005 [citado 9 de marzo de 2008]; 9 (5): [aprox. 9 p.] Disponible en: <http://www.aegis.org/pubs/IAVI/2005/IAVI0511-01-EN.htm/>
98. Krogstad P, Cherry JD. Quadrivalent human vaccine - a call to action and for additional research. *Pediatr Res.* 2007; 62 (5): 527.
99. Lantero Abreu MI, Torres Peña R, Joanes Fiol J, Alonso Gómez ME, Abreu Daniel A, Lobio Cárdenas Z, et al. Infecciones de transmisión sexual. Pautas para su tratamiento. La Habana: MINSAP; 2004.
100. Lazcano P, Herrero R, Muñoz N, Cruz A, Shah K, Alonso P, et al. Epidemiology of HPV infection among mexican women with normal cervical cytology. *Int. J. Cancer.* 2001; 91: 412 - 20.
101. León Cruz G, Bosques Diego O de J. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [serie en Internet]. 2005 [citado 26 de septiembre de 2008]; 31 (1): [aprox. 13 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-

[600X2005000100010&lng=es&nrm=iso.](http://www.scielo.org/600X2005000100010&lng=es&nrm=iso)

102. León Cruz G, Bosques Diego O de J, Silveira Pablos M. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. [serie en Internet]. 2004 [citado 18 de julio de 2006]; 30 (3): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2004000300007&script=ci_arttext
103. León Cruz G, Faxas ME. Cáncer de cuello uterino: aspectos inmunológicos y genéticos de mayor relevancia. Rev. Cubana Med. [serie en Internet]. 2004 [citado 12 de julio de 2006]; 43 (1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol43_1_04/med08104.htm
104. Leyva-López A, Aranda-Flores CE, Conde-González C, Lazcano-Ponce E. La baja utilidad de la determinación del ADN del VPH en la región distal de la uretra masculina. Salud Pública Mex [serie en internet]. 2003 [citado 30 may 2003]; 45 (5): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0036-36342003001100002&lng=pt&nrm=iso.ISSN0036_3634
105. Lillo FB. Human papillomavirus infection and its role in the genesis of dysplastic and neoplastic lesions of the squamous epithelia. New Microbiol. 2005; 28 (2): 111 - 8.
106. López Saavedra A, Lizano Soberón M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina. [en Internet]. 2005 [citado 12 de julio de 2006]: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.cuautitlan.unam.mx/comunidad/uc2005/pdfs/com25feb.pdf>
107. Los virus del papiloma humano y cáncer: preguntas y respuestas. [en Internet]. 2004 [citado 7 de enero de 2006]: [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV-spanish>
108. Lu Y, Wang XL, Wu D, Dong ZB. Clinical features and epidemiological survey of perianal warts in 72 males. Zhonghua Nan Ke Xue. 2006; 2 (10):

923 - 6.

109. Lyman RC, Wilson ML, Herrington CS. Cell-cycle control protein expression is disrupted in anogenital condylomata infected with low-risk human papillomavirus types. *J Low Genit Tract Dis.* 2008;12 (3): 224 - 31.
110. Makhado DA. Dermatological conditions in young adults (20-35 years). – part. 1. *SADJ.* 2007; 62 (4): 188 - 9.
111. Mandado Pérez S, Haedo Quiñones W, Gra Oramas B, Domínguez Álvarez C, Lazo Del Vallín S. Virus del papiloma humano. Actualización y presentación de un caso de carcinoma esofágico asociado a VPH. *Rev. Mex. Patol. Clin.* 2003; 50 (1): 12 - 9.
112. Martínez Chang YM, Sarduy Nápoles M. Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical. *Rev Cubana Invest Bioméd [serie en Internet].* 2006 [citado 26 de septiembre de 2008]; 25 (1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002006000100001&lng=es&nrm=iso.
113. Matsumoto K. Human papillomavirus and cervical cancer *Nippon Rinsho.* 2007; 65 (11): 2113 - 24.
114. Maugin C, Dalstein V, Pretet JL, Gay Schaal JP, Muller DR. Epidemiología de las infecciones de cuello uterino por papiloma virus. Conocimientos recientes. *Presse. Med.* 2001; 30 (20): 1017 - 23.
115. Menczer J. The human papillomavirus vaccine and its relevance in Israel. *Isr. Med. Assoc J.* 2007;9 (7): 546 - 9.
116. Mendoza del Pino M. La oncología en la atención primaria de salud. La Habana: Política; 2006.
117. Mendoza del Pino M, Caballería Pérez F, García Oms C, Galán Álvarez Y. El cáncer en la provincia de Camagüey. Su comparación con el país. *Arch. Med. Camagüey. [serie en Internet].* 2001 [citado 1 de diciembre de 2006]; 5 (supl. 2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v5n4-2/567.htm>
118. MINSAP. Morbilidad por cáncer cérvico uterino en Camagüey. Camagüey:

Departamento Provincial de Estadísticas de Salud; 2005

119. MINSAP. Morbilidad por cáncer cérvico uterino en Camagüey. Camagüey: Departamento Provincial de Estadísticas de Salud; 2006
120. MINSAP. Morbilidad por cáncer cérvico uterino en Camagüey. Camagüey: Departamento Provincial de Estadísticas de Salud; 2006.
121. MINSAP. Incidencia de condilomas acuminados en Camagüey. Camagüey: Departamento Provincial de Estadísticas de Salud; 2006.
122. Miranda Díaz BT, Olazábal Pacheco M, Piña Rodríguez Y. Prevención de las infecciones de transmisión sexual. Escuelas Secundarias del barrio Versalles. **Rev. Méd. Electrón.** [serie en Internet]. **2005 [citado 1 de junio de 2006]; 27 (4): [aprox. 14 p.]. Disponible en:** <http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol43;104/med08104.htm>
123. Monk BJ, Tewari KS. The spectrum and clinical sequelae of human papillomavirus infection. *Gynecol. Oncol.* 2007;107(2 Suppl. 1): 6 - 13.
124. Morales-Casas G, González Duarte A. VPH enfermedad silenciosa. *El universal* 2004 Ago 15; Sec A: 2 (col 2). Disponible en: <http://www.equidad.org.mx/ddeser/docs/21.1vprint.doc>.
125. Moreno Bosch F, Muñoz N, Meijer Ch, Shah K, Walboomers J: Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2003; 359(9312): 1085-92.
126. Mosavel M, El-Shaarawi N. I have never heard that one: young girls' knowledge and perception of cervical cancer. *J. Health. Commun.* 2007; 12 (8): 707 - 19.
127. Mudrikova T, Jaspers C, Ellerbroek P, Hoepelman A. HPV-related anogenital disease and HIV infection: not always "ordinary" condylomata acuminata. *Neth. J. Med.* 2008; 66 (3): 98 - 102.
128. Muñoz N, Franceschi S, Bosseti C. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: IARC multicentric case-control study. *Lancet.* 2002; 359

(9312): 1093-1101.

129. Natural history of cervical cancer. Even infrequent screening of older women saves lives. Cervical cancer prevention fact sheet. Program for appropriate technology in health (PATH) [en Internet]. 2000 [citado 12 de julio de 2006]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.path.org/publications/pub.php?id=918>
130. Nueva clasificación epidemiológica de los tipos de papilomavirus asociados con el cáncer cérvico uterino. Rev. Panam. Salud Pública. 2003; 13 (6): 407 - 8.
131. Nyitray A, Nielson CM, Harris RB, Flores R, Abrahamsen M, Dunne EF, et al. Prevalence of and risk factors for anal human papillomavirus infection in heterosexual men. J. Infect. Dis. 2008; 197 (12): 1676 - 84.
132. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. Ginebra: OMS; 2006.
133. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud de enfermedad de hombres y mujeres en Honduras: un análisis de género. [monografía en Internet] Tegucigalpa: OPS; 2006. [citado 28 de febrero de 2008]: [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://genero.bvsalud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=431>.
134. Organización Panamericana de la Salud. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA 2004. Disponible en: www.cubava.cu/cuida/its.html
135. Papaconstantinou HT, Lee AJ, Simmang CL, Ashfaq R, Gokaslan ST, Sokol S, Huber PJ Jr, Gregorcyk SG. Screening methods for high grade dysplasia in patients with anal condyloma. J. Surg. Res. 2005; 127 (1): 8 - 13.
136. Palma Lazcano I. Epidemiología del virus del papiloma humano. Rev Pacea Med Fam 2006; 3(4): 67-70. Disponible en http://www.mflapaz.com/Revista_4_Pdf/6%20Epidemiologia%20del%20HPV.pdf

137. Papillomes viraux cutanés et condylomes. *Ann. Dermatol. Venereol.* 2003; 130 (10): 134 - 9.
138. Parapar I, Tabeada N. Exéresis quirúrgica radical como único tratamiento del condiloma acuminado gigante: a propósito de un caso. 2007. [citado 5 de julio de 2008]: [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1articulos.php?method=showDetails&id_articulo=44783&id_seccion=1613&id_ejemplar=4538&id_revista=108
139. Partridge JM, Koutsky LA. Genital human papilloma virus infection in men. *Lancet. Infect. Dis.* 2006; 6: 21 - 31.
140. Pastner B. Colposcopia del condiloma genital externo. En: Apgar BS, Broetzman GL, Spitzer M. *Colposcopia: Principios y práctica.* México: McGraw Hill; 2002. p .395 - 401.
141. Penneys N. Diseases caused by viruses. En: Elder D, Elenitsas R, Johnson B, Iofreda M, Miller J, Miller O. *Lever's Histopathology of the skin.* 8 ed. [CD-ROM] London: Lippincot Williams & Wilkins; 2007.
142. Pérez Espinosa R, Crespo Campo G, Isla A, Velasco A. Condiloma gigante de Buschke y Loewenstein a propósito de 2 casos. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol.* 2005; 31 (2) http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0038-36342004000100004&lng=es&nrm=iso
143. Pérez Robalino MI, Ugalde Puyol J, Neira Maldonado H. Diagnóstico molecular del virus del papiloma humano por hibridación in situ por fluorescencia (FISH). [en Internet]. 2004 [citado 4 de septiembre de 2006]: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://conganat.sld.cu/autores/trabajos/T164/index.html>
144. Pérez Zarzalejo MC. Detección y tipificación de papillomavirus humano genital por amplificación genómica. [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias Biológicas. Departamento de Microbiología; 2001.
145. Pinto AP, Carvalho MC, Kolb S, Tirone FA, Maia LR, Escobar CS. Value of

cytology in papillary condylomatous lesions of the cervix. Acta Cytol. 2007; 51 (1): 51 - 60.

146. Ponce Rodríguez M del C., Aguilar Isla S, De la Torre Jiménez AI. El diagnóstico de infección por el virus de papiloma humano en adolescentes estudio de los dos últimos años en el Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro. En: UNNINET. VI Congreso virtual de Anatomía patológica, 1 – 31 marzo 2004. Trinidad. [en Internet]. 2004 [citado 17 de abril de 2006]: [aprox. 28 p.]. Disponible en:

<http://conganat.uninet.edu/6CVHAP/autores/trabajos/T331/index.html>

147. Portillo López A. El virus del papiloma humano y el cáncer cérvico uterino. [en Internet] 2007 [citado 19 de agosto de 2008]: [aprox. 10 p.] Disponible en:

<http://gaceta.cicese.mx/print.php?topico=articulos&ejemplar=116&id=225>

148. Premoli G, González A, Villarreal J, Percoco T, Pietrocino P, Aguilera L. Virus del papiloma humano; visión actual en biomedicina. Rev Asoc Dental Mex 2005(nov-dic); 62(6): 213-224.

149. Programa Nacional de ITS / VIH / SIDA. Estudio multicéntrico centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en poblaciones específicas en El Salvador. [monografía en Internet] San Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2003. [citado 28 de febrero de 2008]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.pasca.org/informes/es/revista_emc_es.pdf.

150. Puello E. El condón: ¿piedra filosofal o piedra del escándalo? Sexología y Sociedad 2005; 11 (29): 28 - 33.

151. Ramírez Morera A, Fuentes Belgrave L, Díaz-Pastén S. La citología masculina en manos de mujeres. Revista mujer salud. 2007; 81 (3 – 4): 83 – 9.

152. Remmerbach TW, Brinckmann UG, Hemprich A, Chekol M, Liebert UG. PCR detection of human papillomavirus of the mucosa: comparison

- between MY09/11 and GP5+/6+ primer sets. J. Clin. Virol. 2004; 30 (4): 302 - 8.
153. Riethmuller D, Guerrini JS, Aubin F. Intraepithelial lesions and neoplasia associated with human papillomavirus infection. Bull Acad. Natl. Med. 2007; 191 (3): 601 - 9.
154. Rivera ZR, Aguilera TJ, Larraín HA. Epidemiología del virus papiloma Humano. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2002; 67 (6): 5073.
155. Rodríguez Corrales L. Vivir con VIH/Sida: un reto para las mujeres. Sexología y Sociedad 2005; 11 (28): 15 - 20.
156. Rodríguez García Y, Oliva Díaz J A, Gil Hernández A. La sexualidad en los adolescentes: Algunas consideraciones. Arch. Méd. Camagüey. [serie en internet]. 2007 [citado 12 de mayo de 2008]; 11 (1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v11n1-2/567.htm>
157. Rojas Rivero L, Izquierdo Cirer A, Sarría Pérez C, Sariago Ramos I, Fraga Nodarse J. Comportamiento de la trichomonosis vaginal en un grupo de adolescente. Rev Cubana Med Trop [serie en Internet]. 2003 Dic. [citado 26 de septiembre de 2008]; 55 (3): 179 - 184. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602003000300008&lng=es&nrm=iso.
158. Rosabal Infante F, Morales González RA, Rosabal Olivé F. Operación de Wertheim - Meigs en tratamiento de cáncer de cuello uterino en estadio I. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. [serie en Internet]. 2004 [citado 28 de mayo de 2008]; 30 (2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin08204.htm
159. Rosell Juarte E, Muñoz Dobargane A, Cepero Muñoz F, Cardoso Hernández J, Estenoz Fernández O. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino Arch Med Camagüey [serie en internet]. 2007; [citado 8 feb2008]; 11(supl. I): [aprox 8 p.]. Disponible en: <http://shine.cmw.sld.cu/amc/v11supl.I/830.htm>

160. Rosenblatt C, Lucon AM, Pereyra EA, Pinotti JA, Arap S, Ruiz CA. HPV prevalence among partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 84(2): 156-61.
161. Rozmus-Warcholiska W, Loch T, Czuba B, Mazurek U, Mucha J, Dworak D, et al. Genital warts associated with HPV infection during II and III trimester of pregnancy- a case report and analysis of treatment options *Ginekol. Pol.* 2007;78 (11): 888 - 91.
162. Rubio-Aurioles E. Prioridades globales para el logro de la salud sexual: un análisis de las metas del milenio y las necesidades globales de la salud sexual. La declaración Salud Sexual para el Milenio. Conferencia magistral dictada por el presidente de la Asociación Mundial para la Salud Sexual en el IV Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual, celebrado en el Palacio de Convenciones, Cuba. *Sexología y Sociedad* 2008; 14 (37): 27 – 35.
163. Ruiz de Zárate S. Actualización del Programa de Control de Enfermedades Venéreas. *Rev. Cub. Hig. Epid.* 1975; 13 (1 - 2): 65 - 67.
164. Ruiz Martínez MC, Bordelois Abdo JA, Fernández Ramírez I, Chacón Benítez O. Infección por el virus del papiloma humano. *Rev. Inf. Cient.* 2006; 50 (2): 23 - 9.
165. Salazar E. Cáncer Cérvico Uterino. Nuevos rumbos para la prevención. *Revista mujer salud.* 2007; 81 (3 - 4): 81 - 3.
166. Sanabria Negrín J G, Abreu Mérida M, Salgueiro Medina V, Palacio Váldez G. Prevalencia del virus del papiloma humano. Pinar del Río. 2004. En: UNNINET. VII Congreso virtual de Anatomía patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet, 1 – 31 octubre 2005, [en internet]. 2004 [citado 12 jul 2006]: [aprox. 28 p.]. Disponible en: <http://conganat.uninet.edu/6CVHAP/autores/trabajos/T331/index.html>
167. Sánchez Hernández JA, Huerta Pineda MI, Rivera Tapia JA, Rosales

- Pérez M. Infección por VPH y cáncer cérvico uterino. Rev. Mex. Patol. Clin. 2005; 52 (4): 222 - 33.
168. Sánchez Hernández M, Moreno Fernández M, López Álvarez AM, Osorio Enciso F, Juárez Barrios I, Rodríguez Bravo MV. Epidemiología de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Educare21 2004; 6. Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare06/aprendiendo/aprendiendo2.htm>
169. Sánchez Morffiz Y, Barrios Rodríguez MA, Acosta Fernández R, Polo Pérez H. Relación citohistológica en mujeres con diagnóstico de papiloma virus humano. Arch. Méd. Camagüey. [serie en Internet]. 2008 [citado 12 de enero de 2009]; 12 (6). [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n6/Index.html>
170. Sánchez Santos L, Amaro Cano MC. La Salud Pública en Cuba. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ecimed; 2001. p.1 - 6.
171. Santiesteban S, Rigol O. Exploración ginecológica .En Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ecimed; 2004. p. 37-53.
172. Secretaría de Salud de Jalisco. Programa estatal VIH / SIDA. Infecciones de transmisión sexual. [monografía en Internet] Jalisco; 2007. [citado 28 de febrero de 2008]: [aprox. 13 p.]. Disponible en: [http://www.jalisco.gob.mx/PortalTransparencia.nsf/TodosWeb/47E900C2E770E67B0625734C00720F88/\\$FILE/Programa%20Estatad%20I2007.pdf](http://www.jalisco.gob.mx/PortalTransparencia.nsf/TodosWeb/47E900C2E770E67B0625734C00720F88/$FILE/Programa%20Estatad%20I2007.pdf).
173. Serman F. Cáncer cérvico uterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2002; 67 (4): 318 - 23.
174. Sierra Probenza E. Introducción a la metodología de la investigación: para cursos básicos. La Habana: Ecimed; 1999.
175. Sierra Probenza E. Selección de lecturas de metodología de la investigación. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1985.
176. Sijvarger C, González J, Prieto A, Messmer G, Mallimaci M, Alonio M, et al.

Epidemiología de la infección cervical por virus Papiloma humano en Ushuaia, Argentina .Rev. Argent Microbiol 2006 (ene-mar); 38(1): 9-11.

177. Simán Siri R, Galván Orlich G, Julissa Bonilla M, Dilma Chacón L, Elías T, Menéndez de Anaya M, et al. Guía para el personal de salud en el abordaje de trabajadoras (es) del sexo. [monografía en Internet] San Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2007. [citado 28 de febrero de 2008]: [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_trabajadorassexo_vih.pdf.
178. Simon P, Dupond I. Anti-HPV vaccination: preventing cervical cancer. Rev. Med. Brux. 2006; 27 (4): 338 - 40.
179. Skapa P, Zamecnik J, Hamsikova E, Salakova M, Smahelova J, Jandova K, Robova H. Human Papillomavirus (HPV). Profiles of vulvar lesions: possible implications for the classification of vulvar squamous cell carcinoma precursors and for the efficacy of prophylactic HPV vaccination. Am. J Surg. Pathol. 2007; 31 (12): 76 – 87.
180. Sobhani I, Walker F, Roudot-Thoraval F, Abramowitz L, Johanet H, Hénin D, et al. Anal carcinoma: incidence and effect of cumulative infections. AIDS. 2004;18 (11): 1561 - 9.
181. Sociedad Española de Ginecología. La infección por papilomavirus. España: SEGO; 2002.
182. Spitzer M. Screening and management of women and girls with human papillomavirus infection. Gynecol. Oncol. 2007; 107 (2 Suppl.): 14 - 8.
183. Sperber NR, Brewer NT, Smith JS. Influence of parent characteristics and disease outcome framing on HPV vaccine acceptability among rural, Southern women. Cancer Causes Control. 2008; 19 (1): 115 - 8.
184. Stanley M. Prevention strategies against the human papillomavirus: the effectiveness of vaccination. Gynecol. Oncol. 2007; 107 (2 Suppl.): 19 -23.
185. Steben M, Duarte-Franco E. Human papillomavirus infection: epidemiology and pathophysiology. Gynecol. Onco. 2007; 107 (2 Suppl): 2 - 5.

186. Steinbrook R. The Potencial of humanpapilloma virus vaccines. Perspective. 2006; 354 (11): 1109 - 12.
187. Stockfleth E, Beti H, Orasan R, Grigorian F, Mescheder A, Tawfik H, Topical Polyphenon E in the treatment of external genital and perianal warts: a randomized controlled trial. Br. J Dermatol. 2008;158 (6): 1329 -38.
188. Suárez Gonzáles JA, Figueroa Verdecía D, Gálvez Puyuelo AF. Algunos factores biosociales relacionados con la aparición de citología alterada En: UNNINET. VI Congreso virtual de Anatomía patológica, 1 – 31 marzo 2004. Trinidad. [en Internet]. 2004 [citado 17 de abril de 2006]: [aprox. 28 p.]. Disponible en: <http://conganat.uninet.edu/6CVHAP/autores/trabajos/T331/index.html>
189. Sumino Y, Mimata H, Nomura Y. Urethral condyloma acuminata following urethral instrumentation in an elderly man. Int J Urol. 2004; 11(10):928-30
190. Sun CA, Liu JF, Wu DM, Nieh S, Yu CP, Chu TY. Viral load of high-risk human papillomavirus in cervical squamous intraepithelial lesions. Int. J. Gynaecol. Obstet. 2002; 76: 41 - 7.
191. Sykes N. Condiloma acuminado. La Habana: Ecimed; 1999.
192. Tamayo Acevedo LS. Asociación y predicción del riesgo de lesión intraepitelial escamosa y cáncer cervicouterino en función de los factores: infección por el virus del papiloma humano, ginecobstétricos, comportamiento sexual, sociodemográficos y antecedentes genético en mujeres mayores de 15 años, Estado de Colima [tesis]. México; 2002. Disponible en: http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105-175123/msci1de1.pdf
193. Tamayo Lien T, Varona Sánchez J. Infección por papiloma virus humano en adolescentes. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. [serie en internet]. 2006 [citado 17 de agosto de 2007]; 32 (2): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-

194. Tatti S, Swinehart JM, Thielert C, Tawfik H, Mescheder A, Beutner KR. Sinecatechins, a defined green tea extract, in the treatment of external anogenital warts: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2008; 111 (6): 1371 - 9.
195. Tejera-Vaquerizo A, Bosch - García RJ, Fernández - Orland A, Herrera-Ceballos E. Resolución de un condiloma acuminado gigante en un paciente con el virus de la inmunodeficiencia adquirida. *Actas Dermosifiliogr.* 2008; 99 (2): 162 - 3.
196. Terris M. Public Health Policy to 90's. *Health Policy.* 1990; (3).
197. Terris M. *Temas de epidemiología y Salud Pública.* La Habana: Ecimed; 1989.
198. Tibúrcio AS, Passos MRL, Pinheiro UMS. Epidemiologia das DST- Perfis de pacientes atendidos num Centro Nacional de Treinamento. *J. Bras. Doenças Sex. Transm* 2004; 12 (4): 4 –39.
199. Tirado Gómez LL, Mohar Betancourt A, López Cervantes M, García Carrancá A, Franco Marina F, Borges G. Factores de riesgo del cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mex.* [serie en Internet]. 2005 [citado 7 de marzo de 2007]; 47 (5): [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/47/475_3.pdf
200. Toledo Curbelo G. Investigaciones en salud. En: *Fundamentos de Salud Pública.* T. 1. La Habana: Ecimed; 2005. p. 69 – 144.
201. Trinquete Díaz DE. Adolescentes y VIH/SIDA: ¿quién dijo que todo está perdido? *Sexología y Sociedad* 2005; 11 (27): 4 - 7.
202. Una vacuna contra el virus del papiloma humano reduce los casos de enfermedad hasta en un 90%. [en Internet]. 2005 [citado 17 de julio de 2008]: [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://db.doyma.es>
203. Urman CO, Gottlieb AB. New viral vaccines for dermatologic disease. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2008;58 (3): 361 - 70.
204. Valentín Martínez C, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol.* [serie en Internet]. 2006

[citado 18 de julio de 2007]; 43 (1): [aprox. 18 p.]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_1_06/gin01106.htm

205. Varela PJ, Rojas R. Infección por virus papiloma humano persistente y neoplasia cérvico uterina. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2003; 68 (5): 371 - 5.

206. Varela Álvarez A, Lorenzo Valladares R, Ferrá Torres T M, Durruthy W, Córdova Dalacio D, Mendoza del Pino M. Cáncer cérvico uterino. Comportamiento durante el quinquenio 2002 – 2006 en la provincia Camagüey. MediCiego 2008; 14 (2).

Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/v14-02-08>

207. Vargas Hernández VM. Virus del papiloma humano. Aspectos epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. Ginecol. Obstet. México. 1996; 64 (sep): 411 - 6.

208. Vázquez-Corzo S, Trejo-Becerril C, Cruz-Valdez A, Hernández-Nevarez P, Esquivel-Guadarrama FR, Gutiérrez-Xicotencatl ML. Asociación entre la presencia de anticuerpos anti-Ras y anti-VPH16 E4/E7 y lesiones intraepiteliales del cérvix. Salud pública Méx. [serie en Internet]. 2003 [citado 9 de agosto de 2007]; 45 (5): 335 - 45. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000500002&lng=en&nrm=iso.

209. Verrugas genitales. En: Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwitz M, editores. El manual Merck. T. VI. Sec. 14. 11 ed. Madrid: Elsevier; 2007.

210. Vilata JJ, Varela JA, Olmos L, Colombo JA, Llorens MA, de los Terreros MS Validation and clinical use of the CECA, a disease-specific quality of life questionnaire for patients with anogenital Condylomata Acuminata. Acta Derm. Venereol. 2008; 88 (3): 257 - 62.

211. Villa LL. Vacunas contra el virus del papiloma humano y cáncer invasor cervical invasor. [en Internet]. 2004 [citado 23 de junio de 2006]: [aprox. 8 p.].

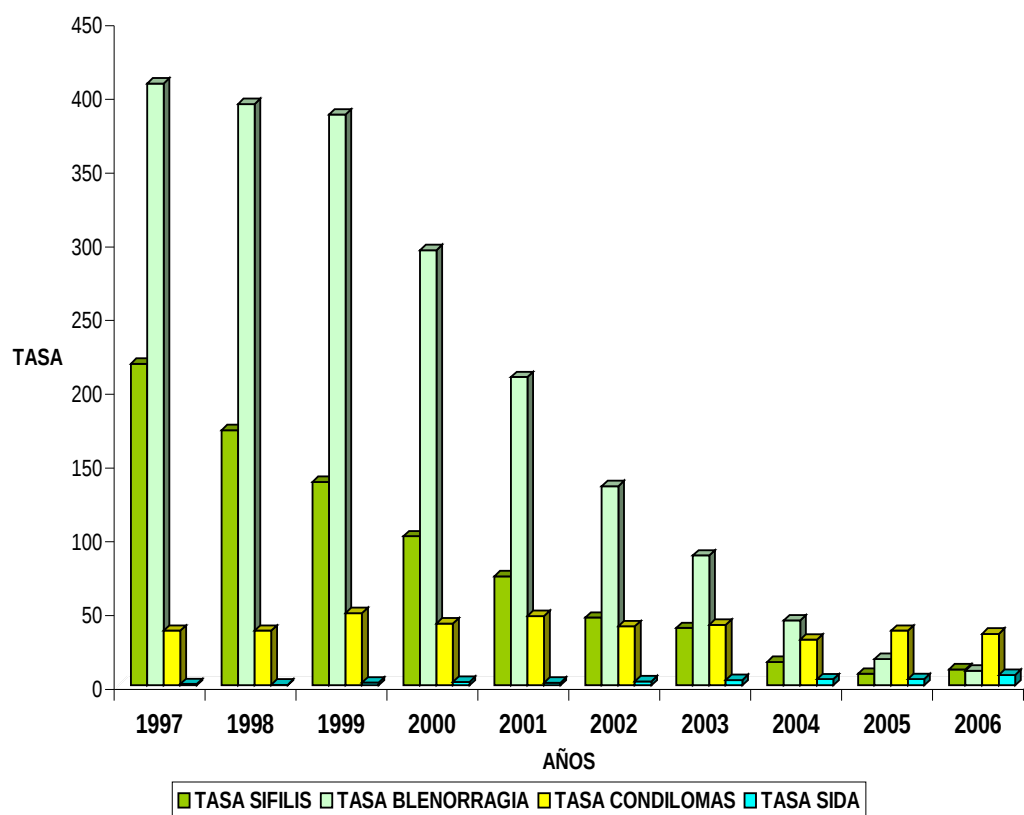
Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?>

tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=2374&clave_b

212. Virus del papiloma humano. [en Internet]. 2008 [citado 4 de enero de 2009]. Disponible en: <http://www.wikipedia.org>
213. Wang XL, Wang HW, Huang Z, Stepp H, Baumgartner R, Dannecker C, Study of protoporphyrin IX (PpIX) pharmacokinetics after topical application of 5-aminolevulinic acid in urethral condylomata acuminata. Photochem. Photobiol. 2007; 83 (5): 1069 - 73.
214. Waugh M. Genital human papilloma virus infection: advances in prevention for the long-term good of all. Skinmed. 2008;7 (2): 87 - 8.
215. Weaver BA, Feng Q, Colmes KK, Kiviat N, Lee SK, Meyer C, et al. Evaluation of genital sites and sampling techniques for detection of human papilloma virus DNA in men. J. Infect. Dis. 2004;189: 677 - 85.
216. Wienecke R, Brockmeyer NH, Kreuter A. Human papilloma virus-induced disease in HIV-positive patients. Hautarzt. 2006; 57 (11): 994 - 8.
217. Woodhall S, Ramsey T, Cai C, Crouch S, Jit M, Birks Y, Edmunds WJ, et al. Estimation of the impact of genital warts on health-related quality of life. Sex. Transm. Infect. 2008; 84 (3): 161 - 6.
218. Yang CJ, Liu SX, Liu JB, Wang ZY, Luo DF, Zhang GL. Holmium laser treatment of genital warts: an observational study of 1500 cases. Acta Derm. Venereol. 2008; 88 (2): 136 - 8.

ANEXOS

Anexo 1



Fuente: MINSAP. Departamento Provincial de Estadísticas de Salud

Figura 1. Morbilidad por sífilis, blenorragia, SIDA y condilomas acuminados en la provincia Camagüey

Anexo 2

Tabla 1. Criterios de los especialistas sobre la notificación de los pacientes con condilomas acuminados

MÉDICOS	NOTIFICACIÓN						Total
	Si	%	No	%	No Sé	%	
Dermatólogos	15	83,0	3	17,0	0	0,0	18
Ginecoobstetras	4	50,0	4	50,0	0	0,0	8
Patología de cuello	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2
MGI	24	80,0	4	13,3	2	6,7	30
Cirujanos	6	40,0	9	60,0	0	0,0	15
Proctólogos	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
Urólogos	5	71,4	0	0,0	2	28,6	7
TOTAL	55	67,0	23	28,0	4	5,0	82

Fuente: Encuesta

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, doy mi aprobación para participar en la investigación para evaluar el nivel de conocimiento que poseen los especialistas implicados en la atención a las pacientes con condilomas acuminados. Se me ha dicho que este cuestionario es absolutamente anónimo.

Para que así conste y por mi libre voluntad, firmo este consentimiento informado junto con la investigadora, que me brindó las explicaciones, a los ____ del mes _____ del año _____.

Firma de la investigadora

Firma del encuestado

Anexo 4

Cuestionario para especialistas en medicina general integral, cirugía, urología y proctología

Este cuestionario es absolutamente anónimo y su objetivo es medir el grado de conocimiento acerca de los condilomas acuminados que poseen los especialistas en Medicina General Integral (MGI), cirujanos, urólogos y proctólogos lo cual será empleado en una tesis doctoral. Agradecemos su cooperación.

I.- Marque con una cruz la respuesta que considere correcta:

a) La sinonimia de los condilomas acuminados es:

1. Verrugas vulgares _____
2. Condilomas planos _____
3. Verrugas anogenitales _____
4. Donovanosis _____

b) La etiología de los condilomas acuminados es:

1. Una espiroqueta _____
2. Un papovavirus _____
3. Una gardenella _____
4. Una clamidia _____

II.- Responda Verdadero (V) o Falso (F) según corresponda:

1. El condiloma acuminado es una enfermedad de notificación obligatoria____

2. El condiloma acuminado se considera una Infección de Transmisión Sexual (ITS) _____

3. El condiloma acuminado puede adquirirse por fómites _____

4. Se considera el cáncer cervicouterino (CCU) como una enfermedad de transmisión sexual _____ Argumente su respuesta.

5. La infección por papiloma virus humano (PVH) tiene cura con tratamiento____

6. El tratamiento de los condilomas acuminados lo realiza la enfermera especialista en ITS y lepra _____

7. Es necesario hacer prueba citológica en la mujer con condilomas acuminados_____ Argumente su respuesta.

8. En toda paciente con condilomas acuminados se debe aplicar ácido acético en la mucosa vaginal y cuello de útero _____

9. En toda paciente con condilomas acuminados se debe realizar test de Schiller _____

10. Se ha observado que los hombres parejas de mujeres con condilomas acuminados han desarrollado cáncer de pene _____

11. Es necesario enviar el paciente con condilomas acuminados a la enfermera especialista en ITS y lepra para entrevista epidemiológica _____

12. La realización de la colposcopia es importante en una paciente portadora de condilomas acuminados _____

13. El tabaquismo es un factor de riesgo para el desarrollo de los condilomas acuminados _____

III. Conducta a seguir ante una paciente con condilomas acuminados.

Sea lo más específico posible y no considere carencias

circunstanciales limitantes.

Objetivos del cuestionario para especialistas en medicina general integral, cirugía, urología y proctología

Evaluar el grado de conocimiento que poseen los especialistas en medicina general integral cirugía, urología y proctología sobre:

- Sinonimia y etiología del condiloma acuminado.
- Papel oncogénico del Papiloma Virus Humano (PVH) y su relación con el cáncer cervicouterino (CCU).
- Conducta a seguir con las pacientes con condilomas acuminados

Clave de respuestas del cuestionario para especialistas en medicina general integral, cirugía, urología y proctología

Preguntas	Incisos	Respuestas	Puntuación
I	a	Item 3	+1
I	b	Item 2	+1
II	1	V	+1
II	2	V	+1
II	3	V	+1
II	4	V	+1
	Argumento	Porque se ha demostrado el papel causal de ciertos tipos de PVH en el desarrollo del CCU.	+1
		Porque se ha demostrado la presencia del PVH en más del 99% del CCU	+2 (Aquí están englobadas dos respuestas positivas).
		Porque se ha demostrado el PVH en la mayoría de las lesiones intraepiteliales del tracto genital inferior	+1
II	5	F	+1
II	6	F	+1
II	7	V	+1
	Argumento	Porque se ha demostrado la oncogenicidad de ciertos PVH	+1
II	8	V	+1
II	9	V	+1
II	10	V	+1
II	11	V	+1
II	12	V	+1
II	13	V	+1

Pregunta	Respuesta	Puntuación
III	Notificación	+1
	Interrogatorio	+1
	Examen físico	+1
	Examen ginecológico con espéculo	+1
	Citología orgánica	+1
	Test de ácido acético	+1
	Test de Schiller	+1
	Exudado vaginal con Test de Gram	+1
	Antígeno de superficie para hepatitis B	+1
	VDRL	+1
	VIH	+1
	Colposcopia	+1
	Examen a la pareja sexual	+1
	Remisión al dermatólogo	+1
	Seguir evolutivamente	+1

Diseño de calificación del cuestionario para especialistas en medicina general Integral, cirugía, urología y proctología

La evaluación del cuestionario que mide la variable conocimiento fue por cada:

No respuesta----- - 0

Respuesta positiva----- +1

Respuesta negativa----- -1

Por cada argumento positivo ----- +1

Por cada argumento negativo----- -1

Se tomaron los siguientes criterios de evaluación para los que llegaban a 36-37 puntos:

0 – 7 = Inadecuado

8 – 14 = Poco adecuado

15 – 22 = Adecuado

23 – 30 = Bastante adecuado

31 – 37 = Muy adecuado

Esta escala de calificación alcanza el orden de los 37 puntos para los especialistas en MGI y de 36 puntos para el resto, ya que la dispensarización solo corresponde al MGI. Queda abierta, pues existe la posibilidad de respuestas originales válidas que pueden mover la calificación.

Anexo 5

Cuestionario para especialistas en dermatología y en ginecología y obstetricia

Este cuestionario es absolutamente anónimo y su objetivo es medir el grado de conocimiento acerca de los condilomas acuminados, que poseen los especialistas en dermatología y en ginecología y obstetricia, lo cual será empleado en una tesis doctoral.

Agradecemos su cooperación.

I.- Responda Verdadero (V) o Falso (F) según corresponda:

1. El condiloma acuminado es una enfermedad de notificación obligatoria ____
2. El Papiloma Virus Humano (PVH) es un picornavirus ____
3. La citología orgánica debe ser indicada a toda mujer con condilomas acuminados ____
4. Los condilomas acuminados pueden adquirirse por fómites ____
5. El recién nacido de una madre con condilomas acuminados puede desarrollar papilomas laríngeos y genitales ____
6. El test de Schiller debe realizársele a toda paciente con condilomas acuminados ____ Argumente su respuesta. _____

7. Existe una vacuna profiláctica para prevenir la infección por PVH ____
8. Se ha demostrado que el PVH está presente en más del 99% de los

cánceres cervicales ____

9. El tabaquismo es un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer cervicouterino _____

10. La desaparición de los condilomas acuminados después de la aplicación de un medicamento tópico para esta enfermedad significa la cura de la infección por el PVH ____

11. Es más fácil que la mujer infecte al hombre con el PVH ____

12. Se ha observado que hombres parejas de mujeres con condilomas acuminados han desarrollado cáncer de pene ____

13. Es necesario enviar al paciente con condilomas acuminados a la enfermera especialista en ITS y lepra para entrevista epidemiológica ____

14. La colposcopia debe realizársele a toda paciente con condilomas acuminados_____

15. El cáncer cervicouterino (CCU) se considera como una enfermedad de transmisión sexual_____Argumente su respuesta

16. Los PVH 6 y 11 son virus oncogénicos _____

II. Llene los espacios en blanco:

Objetivos del cuestionario para especialistas en dermatología y en ginecología

Evaluar el grado de conocimiento que poseen los especialistas en dermatología y en ginecología sobre:

- La etiología, factores de riesgo, mecanismo de transmisión, evolución, tratamiento de los condilomas acuminados y su relación con el cáncer cervicouterino.
- Las manifestaciones clínicas de los condilomas acuminados y los tipos de Papiloma Virus Humano (PVH) en relación con su oncogenicidad.
- Conducta a seguir con las pacientes con condilomas acuminados.

Clave de respuestas del cuestionario para especialistas en dermatología y en ginecología

Pregunta	Inciso	Respuesta	Puntuación
I	1	V	+1
I	2	F	+1
I	3	V	+1
I	4	V	+1
I	5	V	+1
I	6	V	+1
	Argumento	Un test de Schiller positivo indica cambios en la mucosa cérvico vaginal que pueden ser indicios de una neoplasia.	+1
I	7	V	+1
I	8	V	+1
I	9	V	+1
I	10	F	+1
I	11	F	+1
I	12	V	+1
I	13	V	+1
I	14	V	+1
I	15	V	+1
	Argumento	Porque se ha demostrado el papel causal de ciertos tipos de PVH en el desarrollo del cáncer cérvico uterino. Porque se ha demostrado la presencia del PVH en más del 99% de los cánceres cervicales. Porque se ha demostrado el PVH en al mayoría de las lesiones intraepiteliales del tracto genital inferior	+1 +2 (Aquí están englobadas dos respuestas positivas) +1
I	16	F	+1

Pregunta	Inciso	Respuesta	Puntuación
II	1	Para la detección subclínica de los condilomas acuminados	+1
II	2	Latente asintomática Subclínica Clínica	+1 +1 +1
II	3	Bajo riesgo Alto riesgo o Bajo riesgo más Riesgo intermedio Alto riesgo más Riesgo intermedio	+1 +1 +1 +1

Pregunta	Respuesta	Puntuación
III	Notificación	+1
	Interrogatorio	+ 1
	Examen físico	+ 1
	Examen ginecológico con espéculo	+1
	Citología orgánica	+1
	Test de ácido acético	+1
	Test de Schiller	+1
	Exudado vaginal con test de Gram	+2
	o	(Aquí están englobadas dos respuestas positivas)
	Exudado Vaginal simple	+1
	test de Gram	+1
	Antígeno de Superficie para hepatitis B	+1
	VDRL	+1
	VIH	+1
	Colposcopia	+1
	Tratamiento tópico	+1
	Examen físico a la pareja sexual	+ 1
	Remisión a la enfermera especialista en ITS y lepra	+ 1
	Remisión al MGI	+1
	Seguir evolutivamente	+ 1

	Educación sanitaria	+1
	Tratamiento	+ 1

Diseño de calificación de cuestionario para especialistas en dermatología y en ginecología

La evaluación del cuestionario que mide la variable conocimiento fue

por cada:

No respuesta----- - 0

Respuesta positiva----- +1

Respuesta negativa----- -1

Por cada argumento positivo ----- +1

Por cada argumento negativo----- -1

Se tomaron los siguientes criterios:

0 – 8 = Inadecuado

9 – 17 = Poco adecuado

18 – 26 = Adecuado

27 – 35 = Bastante adecuado

36 – 44 = Muy adecuado

Esta escala de calificación es en el orden de los 44 puntos. Queda abierta, pues existe la posibilidad de respuestas originales válidas que pueden mover la calificación.

Anexo 6

Encuesta para la evaluación de la atención integral a mujeres con condilomas acuminados

Nombre y apellidos: _____

Dirección: _____

Fecha Consulta: _____

No. De Orden: _____

I - Edad.

1. Menos de 15 años _____

2. 15 -19 _____

3. 20 -24 _____

4. 25 -29 _____

5. 30 -34 _____

6. 35 -39 _____

7. 40 -44 _____

8. 45 -49 _____

9. 50 y más _____

II – Procedencia:

1. Consulta del médico de familia _____

2. Consulta externa de dermatología _____

3. Consulta externa de ginecología y obstetricia _____

4. Consulta externa de urología _____

5. Otras _____

III – Fue remitida para

1. Tratamiento tópico _____

2. Otra especialidad _____

IV – En caso de remisión a otra especialidad.

1. Ginecología y obstetricia _____

2. Urología _____

3. Proctología _____

4. Otras _____

V – Se le realizó examen físico completo:

1. Sí _____

2. No _____

VI – Indicación de exámenes complementarios de diagnóstico.

1. Sí _____

2. No _____

VII – En caso de respuesta afirmativa:

1. VDRL _____

2. VIH _____

3. Antígeno de superficie para hepatitis B _____

4. Exudado vaginal simple _____

5. Exudado vaginal con tinción de Gram _____

6. Citología orgánica _____

7. Test de ácido acético _____

8. Test de Schiller _____

9. Colposcopia _____

VIII – Fue examinada la o las parejas sexuales.

1. Sí _____

2. No _____

IX – Recibió educación sanitaria

1. Sí _____

2. No _____

X – En caso de respuesta afirmativa:

1. Le informaron acerca de su enfermedad _____

2. Sexo protegido _____

3. Pareja sexual estable _____

XI – Fue enviada a la enfermera especialista en ITS

1. Sí _____

2. No _____

XII – Fue enviada para:

1. Tratamiento tópico _____

2. Especialidad de ginecología y obstetricia _____

3. Especialidad de urología _____

4. Especialidad de proctología _____

5. Otras _____

Anexo 7

Definiciones conceptuales

- Atención integral: Amplio espectro del equipo de salud en la prestación de servicios para la atención y solución de las necesidades de salud de la población.
- Conducta sexual de riesgo: es en la que hay cambio frecuente de pareja y sexo no protegido.
- Conducta sexual sin riesgo: es en la que no hay cambio frecuente de pareja, ni sexo no protegido.
- Se consideró como criterio de examen físico completo, el examen de todo el tegumento cutáneo, incluyendo los anejos cutáneos, mucosas y examen ginecológico.

Anexo 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, doy mi aprobación para participar en la investigación para determinar la atención integral a pacientes femeninas con condilomas acuminados. Se me ha dicho que puedo abandonar este estudio en cualquier momento, sin que se afecte la asistencia médica a mí persona.

Para que así conste y por mi libre voluntad, firmo este consentimiento informado junto con el médico que me brindó las explicaciones, a los _____ del mes _____ del año _____.

Firma del médico

Firma del paciente

Anexo 9

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa intervalo	-15 años 15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años 35 a 39 años 40 a 44 años 45 a 49 años Más de 50 años	0 hasta más de 50 años	Frecuencia Porcentual
Procedencia	Cualitativa nominal politómica	Hospital Policlínico Especialidad	Según origen	Frecuencia Porcentual
Examen físico Completo	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Paciente Pareja sexual	Frecuencia Porcentual

Exámenes complementarios	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	VDRL VIH Exudado vaginal simple Exudado vaginal con test de Gram Antígeno de superficie para Hepatitis B Citología orgánica	Frecuencia Porcentual
--------------------------	--------------------------------	----------	--	--------------------------

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Medios complementarios de diagnóstico	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Test de ácido acético Test de Schiller Colposcopia	Frecuencia Porcentual
Educación sanitaria	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Información acerca de su enfermedad Sexo protegido Pareja sexual estable	Frecuencia Porcentual

Remisión a enfermera especialista en ITS y lepra	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según remisión	Frecuencia Porcentual
Remisión	Cualitativa nominal politémica	Sí No	Tratamiento tópico A otra especialidad	Frecuencia Porcentual

Anexo 10

Evaluación de la atención integral a mujeres con condilomas acuminados

“Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech”

Julio 2006- Junio2007

Tabla 3. Distribución de las pacientes según grupos de edades.

Grupo de edad	Nº	%
15 – 19	23	49,0
20 – 24	10	21,0
25 – 29	4	9,0
30 – 34	2	4,0

35 – 39	2	4,0
40 – 44	4	9,0
45 – 49	-	-
50 y más	2	4,0
Total	47	100,0

Fuente: Encuestas

Anexo 11

Tabla 4. Distribución de las pacientes según procedencia.

Procedencia	No.	%
Consulta Externa de Dermatología		
Policlínico	14	29,8
Hospital	5	10,6
Sub-total	19	40,4
Consulta del MGI	7	15,0
Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia		
	4	8,5
Consulta Externa de Urología		
	1	2,1

Otras	16	34,0
Total	47	100,0

Fuente: Encuestas

Anexo 12

Tabla 5. Distribución según examen físico a las pacientes y a sus parejas sexuales.

Examen físico	Paciente		Parejas sexuales	
	No.	%	No.	%
completo				
Sí	15	32,0	16	34,0
No	32	68,0	31	66,0
Total	47	100,0	47	100,0

Fuente: Encuestas

Tabla 6. Distribución de las pacientes según indicación de medios complementarios de diagnóstico. N = 47

Medios complementarios de diagnóstico		
	No	%
VDRL	23	49,0
VIH	21	44,7
Exudado vaginal simple	8	17,0
Citología orgánica	2	4,3
Colposcopia	2	4,3

Fuente: Encuestas

Anexo 13

Tabla 7. Distribución de las pacientes según educación sanitaria. N = 47

Educación sanitaria	SI	NO
---------------------	----	----

	No	%	No	%
Información acerca su enfermedad	22	44,7	25	55,3
Sexo protegido	17	36,2	30	63,8
Pareja sexual estable	10	19,1	37	80,9

Fuente: Encuestas

Tabla 8. Distribución de las pacientes según remisión a la enfermera especialista en ITS y lepra.

Remisión a Enfermera Especializada	No.	%
en ITS y lepra		
Sí	2	4,3
No	45	95,7
Total	47	100,0

Fuente: Encuestas

Anexo 14

Tabla 9. Distribución de las pacientes según remisión N = 47

Remisión	No	%
Tratamiento tópico	46	97,8
Especialidad de ginecología y obstetricia	2	4,3

Fuente: Encuestas



Anexo 15

0100090000037400000002001c00000000000400000003010800050000000b0200
000000050000000c02c4067907040000002e0118001c000000fb02ceff0000000000
009001000000000440001254696d6573204e657720526f6d616e00000000000000
00000000000000000000040000002d010000040000000201010005000000090200
0000020d000000320a2d00000001000400000000007907c306201716001c000000
fb021000070000000000bc02000000000102022253797374656d00000000000000



Figura 7. Algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino

Anexo 16

Bibliografía mínima recomendada para el curso de capacitación propuesto:

1. Aubin F, Pretet C, Mougin D. Infection a papillomavirus humains. Ann. Dermatol. Venereol. 2007; 134 (1): 94 - 9.
2. Bouscarat F, Dupin N, Javier M, Drobacheff C, Milpied B, Vexiau D. Maladies sexuellement transmissibles recommandations diagnostiques et thérapeutiques. Verrues génitales (condylomes) externes. Ann. Dermatol. Venereol. 2006; 133 (8 / 9): 2536 - 8.
3. Cabezas Cruz E. Lesiones malignas del útero. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ecimed; 2004. p.297 - 312.
4. Castañeda Iñiguez MS. **El cáncer cervical como problema de salud pública en mujeres mexicanas y su relación con el virus de papiloma humano. [tesis]. 2003 [citado 9 de agosto de 2007]: [aprox 9 p.].** Disponible en: http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-

1125105-175123/msci1de1.pdf

5. Juárez-Albarrán A C., Juárez Gámez C A. Vacuna contra el virus del papilomahumano. Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc. 2008; 46(6):631-7.
6. León Cruz G, Bosques Diego O de J. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2005 [citado 26 de septiembre de 2008]; 31 (1): [aprox. 13 p.] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100010&lng=es&nrm=iso.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100010&lng=es&nrm=iso)
7. López Saavedra A, Lizano Soberón M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina. [en Internet]. 2005 [citado 12 de julio de 2006]: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.cuautitlan.unam.mx/comunidad/uc2005/pdfs/com25feb.pdf>
8. Pastner B. Colposcopia del condiloma genital externo. En: Apgar BS, Broetzman GL, Spitzer M. Colposcopia: Principios y práctica. México: McGraw Hill; 2002. p .395 - 401.
9. Santiesteban S., Rigol O. Exploración ginecológica .En Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ecimed; 2004. p. 37-53.
10. Tirado Gómez LL, Mohar Betancourt A, López Cervantes M, García Carrancá A, Franco Marina F, Borges G. Factores de riesgo del cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Pública Mex. [serie en Internet]. 2005 [citado 7 de marzo de 2007]; 47 (5): [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/47/475_3.pdf

Anexo 17

Encuesta para la selección de expertos

Distinguido colega: Debido a su reconocido prestigio, acudo a usted para someter a su consideración resultados obtenidos en la investigación que he realizado como parte de mi trabajo para obtener el título de Doctora en Ciencias Médicas. Mi propósito es favorecer el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino mediante la atención integral a las pacientes con condilomas acuminados.

Por favor llene estos datos:

Categoría docente

Grado en su especialidad

Para poder precisar la relación de su formación y experiencia con la temática que estudio, le ruego que complete las sencillas tablas que siguen:

Tabla No. 1

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Por favor, marque en esta escala que va desde 0, que implica ninguna formación ni experiencia, hasta 10, para formación especializada y amplia experiencia, cómo usted se autovalora en relación con el tema que investigo.

Tabla No. 2

FUENTES DE ARGUMENTACION	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios.		
	A (alto)	M (medio)	B (bajo)
Análisis teóricos realizados por usted			
Su experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su propio conocimiento del estado del problema en el extranjero			
Su intuición			

En la tabla 2, le solicito que marque, para cada fila, cuáles son sus fuentes de argumentación para ofrecer criterio acerca del tema de investigación que desarrollo.

Anexo 18

Cuestionario de preguntas a expertos

Todas las consultas que siguen, se refieren a estudios para favorecer el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados, en el municipio Camagüey, Cuba.

1.-Es una necesidad social mejorar la atención a las pacientes con condilomas acuminados, debido a que este es un indicador de posible presencia de virus oncogénico, y la autora ha encontrado que, en la provincia de Camagüey, desde el 2002 al 2006, de 568 casos de cáncer cervicouterino, 82 fueron diagnosticados por el programa de diagnóstico precoz de esta enfermedad, mientras que el 85,5%, es decir, 486 casos, no habían sido detectados por esta vía. Además, un estudio de 100 casos de cáncer cervicouterino realizado por la autora, arrojó que 15 referían haber tenido condilomas acuminados, y 28 lo presentaban en el momento del examen físico. Todo esto justifica que se investigue en esta dirección.

Lo expresado en el anterior párrafo, usted lo evalúa como:

(Marque con una X debajo de la palabra que seleccione para su criterio).

Muy adecuado Bastante adecuado Adecuado Poco adecuado Inadecuado

2.- El nivel de divulgación del condiloma acuminado como ITS, en los medios de divulgación masiva, murales de hospitales, policlínicos y consultorios del médico de la familia, es insuficiente y debe incrementarse. Usted considera ese criterio como:

Muy adecuado Bastante adecuado Adecuado Poco adecuado Inadecuado

3.- Se ha encontrado que el nivel de conocimiento que presenta el personal médico involucrado en la atención a las pacientes con condilomas acuminados, es limitado, inferior al que presentan en relación con otras ITS. Esto implica la necesidad de cursos de capacitación al respecto. Marque, por favor, su criterio.

Muy adecuado Bastante adecuado Adecuado Poco adecuado Inadecuado.

4.- La elaboración de un algoritmo que coordine los esfuerzos de atención a las pacientes que presentan condiloma acuminado, con lo establecido en los programas de ITS, y de detección precoz del cáncer cervicouterino permitirá colaborar a la detección precoz del cáncer cervicouterino, de manera factible en el sistema de salud cubano. Marque, por favor, su criterio.

Muy adecuado Bastante adecuado Adecuado Poco adecuado Inadecuado.

5.- El algoritmo antes mencionado debe tener sus bases teóricas relacionadas con los siguientes hechos y consideraciones:

El 90 % de los condilomas acuminados son ocasionados por virus de bajo riesgo,

pero es alta la frecuencia de coinfección con formas subclínicas de la infección por PVH, que suelen ser causadas por virus de alto riesgo oncogénico. Por tanto, el condiloma acuminado es un importante indicador de infección por virus de alto riesgo oncogénico.

Existen pruebas complementarias sencillas, al alcance del sistema cubano de salud en su nivel primario, que permiten precisar lesiones precursoras de cáncer cervicouterino, o presencia de esta enfermedad, y que pueden aplicarse a aquellos casos que presenten indicadores que así lo recomienden.

El aprovechamiento del condiloma acuminado como indicador de riesgo oncogénico, en el sistema de salud cubano, requiere una atención interdisciplinaria que incluya a médico general integral, dermatólogos, ginecólogos, proctólogos, y urólogos.

Marque, por favor, su criterio

Muy adecuado Bastante adecuado Adecuado Poco adecuado Inadecuado

6.- El aporte teórico de esta tesis consiste en un modelo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados mediante el empleo del condiloma acuminado como indicador de infección por virus de alto riesgo oncogénico y la atención integral a estas enfermas con lo que se logra la interacción de los programas de ITS y del diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. El aporte práctico consiste en un algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino mediante la atención integral a estas enfermas con lo que se crea otra vía para el diagnóstico precoz de esta neoplasia

y una interrelación de ambos programas. La novedad está centrada en el empleo del condiloma acuminado como indicador de infección por virus de alto riesgo oncogénico y atención integral a estas pacientes, lográndose de esta manera la interacción de los programas de ITS y de diagnóstico precoz del cáncer

Marque, por favor, su criterio al respecto.

Muy adecuado Bastante adecuado Adecuado Poco adecuado Inadecuado.

Muchas gracias por su tiempo, y por la valiosa cooperación que nos ofrece.

Dra. Telma Ferrá Torres

Email: ftelma@finlay.cmw.sld.cu

Anexo 19

Tabla 10. Según formación postgraduada

Título	Grado		Diplomado	Maestría	Doctorado
	1	2			
Dermatólogo	6	9	1 Administración de Salud	3 MNT 5 Enf. Infecciosas	2 Ciencias Médicas
Ginecólogo		4		3 Atención integral a la mujer	
Urólogo		1			
Oncólogo	1	1			
Epidemiólogo	1	1		1 Enf. Infecciosas	
Microbiólogo	1	1		1 Enf. Infecciosas 1 Infectología y enf. tropicales	
Anatomía Patológica	1	2			
Lic. en Enfermería Especialista en ITS y lepra			1 ITS/VIH/SIDA y lepra 1 Diplomado en Epidemiología	1 Enfermedades infecciosas	
Totales	10	19	1	15	2

Fuente: Encuesta

Anexo 20

Tabla 11. Distribución de frecuencias.

Aspectos consultados	Muy Adecuado	Bastante Adecuado	Adecuado	Poco Adecuado	Inadecuado	Totales
A 1	26	2	2	0	0	30
A 2	27	2	1	0	0	30
A 3	26	2	2	0	0	30
A 4	28	1	1	0	0	30
A 5	27	2	1	0	0	30
A 6	29	1	0	0	0	30

Fuente: Encuesta

Leyenda: A=Aspecto consultado

Tabla 12. Distribución de frecuencias acumulativas.

Aspectos consultados	Muy adecuado	Bastante adecuado	Adecuado
A 1	26	28	30
A 2	27	29	30
A 3	26	28	30
A 4	28	29	30
A 5	27	29	30
A 6	29	30	30

Fuente: Encuesta

Leyenda A=Aspecto consultado

Tabla 13. Distribución de frecuencias acumulativas relativas.

Aspectos consultados	Muy adecuado	Bastante adecuado	Adecuado
A 1	0,866667	0,933333	0,999999
A 2	0,9	0,966667	0,999999

A 3	0,866667	0,933333	0,999999
A 4	0,933333	0,966667	0,999999
A 5	0,9	0,966667	0,999999
A 6	0,966667	0,999999	0,999999

Fuente: Encuesta

Leyenda: A=Aspecto consultado

Tabla 14. Distribución de frecuencias acumulativas relativas, luego de aplicarle la Distribución Normal Standard Inversa.

Aspectos consultados	Muy adecuado	Bastante adecuado	Adecuado	Suma	Promedio	N-P
A 1	1,11	1,50	4,75	7,37	2,46	-0,80

A 2	1,28	1,83	4,75	7,87	2,62	-0,96
A 3	1,11	1,50	4,75	7,37	2,46	-0,80
A 4	1,50	1,83	4,75	8,09	2,70	-1,04
A 5	1,28	1,83	4,75	7,87	2,62	-0,96
A 6	1,83	4,75	4,75	11,34	3,78	-2,12
Suma	8,12	13,26	28,52	49,90		
Promedio	1,35	2,21	4,75	N=1,66		

Fuente: Encuesta

Legenda: A = Aspecto consultado

P = Promedio de cada fila.

N = Suma de las sumas entre número de filas por número inicial de columnas, en este caso, 49,90 entre 30.

Puntos de corte

Muy adecuado

Bastante adecuado

Adecuado

Menor que 1,35

Desde 1,35 hasta 2,21

Desde 2,21 hasta 4,75

Tabla 15. Valores N-P calculados para los diferentes aspectos consultados

Aspecto consultado	N-P
---------------------------	------------

A 1	-0,80
A 2	-0,96
A 3	-0,80
A 4	-1,04
A 5	-0,96
A 6	-2,12

Leyenda: A = Aspecto consultado

P = Promedio de cada fila.

**N = Suma de las sumas entre número de filas por número inicial de
columnas**

Puede apreciarse que todos los valores N-P son inferiores a 1,35 y por tanto pueden evaluarse como muy adecuados todos los aspectos consultados a los expertos

Bibliografía utilizada en el curso de capacitación realizado:

1. Aubin F, Pretet C, Mougin D. Infection a papillomavirus humains. Ann. Dermatol. Venereol. 2007; 134 (1): 94 - 9.
2. Bouscarat F, Dupin N, Javier M, Drobacheff C, Milpied B, Vexiau D. Maladies sexuellement transmissibles recommandations diagnostiques et thérapeutiques. Verrues génitales (condylomes) externes. Ann. Dermatol. Venereol. 2006; 133 (8 / 9): 2536 - 8.
3. Cabezas Cruz E. Lesiones malignas del útero. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ecimed; 2004. p.297 - 312.
4. Castañeda Iñiguez MS. **El cáncer cervical como problema de salud pública en mujeres mexicanas y su relación con el virus de papiloma humano. [tesis]. 2003 [citado 9 de agosto de 2007]: [aprox 9 p.].** Disponible en: http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105-175123/msci1de1.pdf
5. López Saavedra A, Lizano Soberón M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina. [en Internet]. 2005 [citado 12 de julio de 2006]: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.cuautitlan.unam.mx/comunidad/uc2005/pdfs/com25feb.pdf>
6. Tirado Gómez LL, Mohar Betancourt A, López Cervantes M, García Carrancá A, Franco Marina F, Borges G. Factores de riesgo del cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Pública Mex. [serie en Internet]. 2005 [citado 7 de marzo de 2007]; 47 (5): [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/47/475_3.pdf
7. Santiesteban S., Rigol O. Exploración ginecológica .En Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ecimed; 2004. p. 37-53.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, doy mi aprobación para participar en la investigación para la valoración de la aplicación del algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados. Se me ha dicho que puedo abandonar este estudio en cualquier momento, sin que se afecte la atención médica a mí persona. Para que así conste y por mi libre voluntad, firmo este consentimiento informado junto con el médico que me brindó las explicaciones, a los ____ del mes _____ del año _____.

Firma del médico

Firma del paciente

Encuesta para la valoración de la aplicación del algoritmo para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres con condilomas acuminados

Nombre y apellidos: _____

Dirección: _____

Fecha Consulta: _____

No. De Orden: _____

I - Edad.

1. 12-15 años _____

2. 15-19 _____

3. 20-24 _____

4. 25-29 _____

5. 30-34 _____

6. 35-39 _____

7. 40-44 _____

8. 45-49 _____

9. 50 y más _____

II - Estado civil.

1. Soltero _____

2. Casado _____

3. Unión consensual _____

III - Orientación sexual.

1. Heterosexual _____

2. Mujer sexo mujer _____

3. Bisexual _____

IV - Edad de comienzo de las primeras relaciones sexuales

1. 12-15 años _____

2. 15-19 años _____

3. 20-24 años _____

4. 25-29 años _____

5. 25 y más años _____

V - Conducta sexual de riesgo.

1. Sí _____

2. No _____

VI - En caso de respuesta afirmativa:

1. Cambio frecuente de pareja _____

2. Sexo no protegido _____

VII - Antecedentes de ITS.

1. Sí _____

2. No _____

VIII - En caso de respuesta afirmativa:

1. Sífilis _____

2. Condilomas acuminados _____

3. Blenorragia _____

4. Herpes simple _____

5. Candidosis vaginal _____

6. Trichomoniasis vaginal _____
7. Clamidiasis vaginal _____
8. Gardenellosis vaginal _____
9. Otras _____

IX - Factores predisponentes:

1. Relaciones sexuales tempranas _____
2. Cambio frecuente de pareja _____
3. ITS asociadas _____
4. Hábito de fumar _____
5. Multiparidad _____
6. Uso prolongado de anticonceptivos orales _____
7. Cervicitis _____
8. Pareja sexual promiscua _____
9. Ninguno _____

X - Antecedentes de condilomas acuminados en la pareja sexual:

1. Sí _____
2. No _____

XI - Examen físico de la paciente:

XII - Localización de las lesiones:

1. Pubis _____
2. Región inguinal _____
3. Labios mayores _____
4. Labios menores _____

5. Introito vaginal _____
6. Paredes de la vagina _____
7. Periné _____
8. Ano _____
9. Otras _____

XIII - Exudado vaginal simple:

1. Negativo _____
2. Positivo _____

XIV - En caso de positividad:

1. Candida albicans _____
2. Trichomona _____
3. Clamidia _____
4. Gardenella _____
5. Otras _____ Cuál? _____

XV - Exudado vaginal con tinción de Gram:

1. Negativo _____
2. Positivo _____

XVI - VIH:

1. Negativo _____
2. Positivo _____

XVII - Anfitrión de superficie para hepatitis B:

1. Negativo _____
2. Positivo _____

XVIII - VDRL:

1. NR ____
2. DR ____
3. 1:1 ____
4. 1:2 ____
5. 1:4 ____
6. 1:8 ____
7. 1:16 ____
8. 1:32 ____
9. 1:64 ____

XIX - Presencia de condilomas acuminados en la pareja sexual:

1. No _____
2. Sí _____

XX - Test de Schiller:

1. Negativa _____
2. Positiva _____

XXI - Test de ácido acético:

1. Positivo _____
2. Negativo _____

XXII - Colposcopia:

1. Normal
2. Leucoplasia
3. Epitelio acetoblanco

4. Mosaico
5. Epitelio acetoblanco + mosaico
6. Punteado
7. Acetoblanco + punteado
8. Epitelio acetoblanco + punteado + mosaico
9. Punteado + mosaico
10. Vascularización atípica

XXIII - Citología Orgánica

1. Normal _____
2. Negativa PVH _____
3. Positiva PVH _____
4. NIC I _____
5. NIC II _____
6. NIC III _____
7. Carcinoma epidermoide in situ _____
8. Carcinoma epidermoide microinfiltrante _____
9. Carcinoma epidermoide infiltrante _____
10. Adenocarcinoma _____

XXIV - Biopsia de cuello uterino:

1. Normal _____
2. NIC I _____
3. NIC II _____
4. NIC III _____

5. Carcinoma epidermoide in situ _____
6. Carcinoma epidermoide microinfiltrante _____
7. Carcinoma epidermoide infiltrante _____
8. Adenocarcinoma _____