

**ALTERACIONES CITOPATOLÓGICAS DEL CERVIX EN
TRABAJADORAS SEXUALES Y SUS FACTORES ASOCIADOS**

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Facultad de Medicina - División de postgrados
Programa Ginecología y Obstetricia
Bogotá D.C. Diciembre de 2016

ALTERACIONES CITOPATOLÓGICAS DEL CERVIX EN TRABAJADORAS SEXUALES Y SUS FACTORES ASOCIADOS

WILMER ALEXANDER HERNANDEZ LIZARAZO

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Asesor Temático

Dr. Ángela María Ruiz

Asesor Metodológico

Dra. Mariana Villaveces

Universidad del Rosario

Facultad de Medicina - División de postgrados

Programa Ginecología y Obstetricia

Bogotá D.C. Diciembre de 2016

INVESTIGADOR PRINCIPAL

WILMER ALEXANDER HERNANDEZ LIZARAZO

Médico Cirujano Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales

Estudiante de Especialización en Ginecología y Obstetricia

Universidad del Rosario

Email: wilmer.hernandez@urosario.edu.co

Instituciones participantes

CAMI Samper Mendoza –Hospital Centro Oriente

Fundación Procrear

Colegio Mayor Universidad del Rosario

“La Universidad del Rosario, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Dedicatoria

*A mis padres quienes con su esfuerzo y sacrificio me ayudaron
en la construcción de esta etapa de mi vida*

Agradecimientos

A mis padres, quienes han realizado un enorme esfuerzo para aportar en gran medida a mi formación profesional.

Al Hospital Centro Oriente y Fundación Procrear todos sus colaboradores y usuarios por brindarme el apoyo necesario para la realización del presente estudio, a la Dra. Ángela Ruiz quien creyó en mi propuesta de investigación y me ayudó para su desarrollo.

Tabla de Contenido

1.	Introducción.....	14
2.	Planteamiento del problema.....	16
3.	Justificación.....	18
4.	Marco teórico.....	19
4.1	Prostitución.....	19
4.4.1	Antecedentes históricos sobre la prostitución y su control ...	20
4.4.2	Marco legal de la prostitución.....	22
4.1.3	Planes de desarrollo del distrito capital y la prostitución.....	23
4.2	Neoplasia intraepitelial de cuello uterino.....	24
4.2.1	Causas, incidencia y factores de riesgo.....	25
4.2.2	Signos y síntomas.....	30
4.2.3	Diagnóstico.....	31
4.2.4	Tratamiento y pronóstico.....	33
4.3	Virus del papiloma humano	33
4.3.1	Conducta sexual.....	35
4.4	Marco referencial.....	36
5.	Objetivos.....	38
5.1	Objetivo general.....	38
5.2	Objetivos específicos.....	38
6.	Metodología.....	39
6.1	Diseño y tipo de estudio.....	39
6.2	Planteamiento de hipótesis.....	39
6.3	Población y muestreo.....	39
6.4	Criterios de selección.....	40
6.5	Técnicas y procedimiento para la recolección de información....	41
6.6	Variables.....	41
6.7	Control de sesgos y errores.....	47

6.8	Plan de análisis de los datos	47
6.9	Aspectos éticos.....	47
7.	Consideraciones administrativas	50
7.1	Cronograma	50
7.2	Recursos y presupuesto	51
7.3	Organigrama.....	52
8.	Resultados	53
9.	Discusión.....	61
10.	Conclusiones.....	66
11.	Recomendaciones.....	67
12.	Referencias bibliográficas.....	68
13.	Anexos.....	73
13.1	Instrumento recolección de datos.....	73
13.2	Consentimiento informado	74
13.3	Volante informativo.....	75
13.4	Carta aprobación comité de Ética Universidad del Rosario	76
13.5	Contrato con Hospital Centro Oriente para toma de citologías	79

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1 <i>Operacionalización de variables</i>	41
Tabla 2 <i>Cronograma</i>	50
Tabla 3 <i>Presupuesto</i>	51
Tabla 4 <i>Caracterización de la población</i>	52
Tabla 5. <i>Características del ejercicio de la profesión</i>	56
Tabla 6. <i>Hallazgos en la citología</i>	58
Tabla 7 <i>Características de la población según factores asociados</i>	59
Tabla 8 <i>Análisis bivariado</i>	60

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 <i>Organigrama</i>	52
Figura 2 <i>Motivos para ejercer la prostitución</i>	59

Lista de siglas

ACG-H	Células glandulares atípicas (de sus siglas en ingles)
ADN	Acido desoxirribonucleico
ASC-H	Células escamosas atípicas sugestivas de alto grado (de sus siglas en ingles)
VPH	Virus de papiloma humano
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Introducción: La prostitución es una actividad lucrativa que desempeñan tanto hombres como mujeres para obtener sustento económico que pueda solventar su situación económica, con riesgos inherentes como transmisión de enfermedades sexuales, y la infección por virus de papiloma humano entre otras. Se pretendió conocer las alteraciones citopatológicas del cérvix en una muestra de trabajadoras sexuales en el distrito capital y cuáles son sus factores asociados.

Metodología: Se realizó un estudio transversal. Se realizaron encuestas sociodemográficas y se analizaron los resultados de CCV. Adicionalmente se establecieron los factores de riesgo asociados a ASC-US mediante pruebas de chi cuadrado y Mann Whitney.

Resultados: Se incluyeron un total de 102 trabajadoras, la mediana de edad fue 30 años, la frecuencia de alteraciones citopatológicas (ASC-US) fue de 8.8% (n=9). No se encontraron casos de neoplasia ni alteraciones del cérvix de las células glandulares. El 81% usa preservativo en el ejercicio de la prostitución, ninguna paciente está vacunada contra VPH.

Discusión: Tomando en cuenta la baja prevalencia de alteraciones en la citología cervicovaginal encontradas en las trabajadoras sexuales que fueron estudiadas se cuestiona esta prueba como tamizaje para una población en tan alto riesgo de contraer VPH y desarrollar alteraciones citológicas de cuello uterino. estudios futuros deberán centrar su interés en determinar la concordancia que existe entre la CCV y pruebas más sensibles y específicas para la determinación de VPH de alto riesgo como la PCR así como también determinar las causas de los falsos negativos que tiene la CCV, dichos estudios servirán como base para tomar decisiones de salud pública frente a al tamización y seguimiento de las trabajadoras sexuales las cuales son un grupo de mujeres que se encuentran alto riesgo de desarrollar alteraciones citológicas a nivel del cérvix.

Palabras clave: Prostitution, NIC,

Background: Prostitution is a lucrative activity played by both, men and women to get a quick and relatively easy economic support that can solve their economic situation, but this profession has inherent risks such as sexually transmitted diseases, and infection with human papillomavirus. With this study it was intended to know the cytopathological alterations of the cervix in a sample of female sex workers in the district capital.

Methodology: A cross-sectional study was performed. Sociodemographic surveys were conducted and the results were analyzed. Additionally, the risk factors associated with ASC-US were established by chi square test and Mann Whitney tests.

Results: A total of 102 female workers were included, the median age was 30 years, the frequency of alterations cytopathological (ASC-US) was 8.8% (n = 9). No cases of cervical neoplasia or alterations of glandular cells were found. 81% use condoms with prostitution, no patient was vaccinated against HPV.

Discussion: Larger studies are needed to establish the factors associated with the cytopathology alteration in such a vulnerable population. This study is presented as a starting point in the exploration of the characteristics of this profession in the district capital.

Keywords: Prostitution, NIC,

1. Introducción

“La ciudad cambia de ritmo cuando llega la noche y con ella los nuevos habitantes que la recorren. Ella deja a un lado su traje formal y rutinario se viste ahora, con un vestido celeste oscuro adornado de luces. Mientras muchos duermen otros comienzan la jornada. Unos pocos por placer efímero y otros por un plato de comida. Es otra ciudad quien habla”

Niwde

Pocos han pensado en el verdadero impacto que ejerce la práctica del sexo como un negocio lucrativo en la sociedad capitalina, no se trata tan solo de un acto consciente de relaciones sexuales indeseadas, es todo un complejo sistema en el que se involucran el mundo de las drogas, el dinero y la enfermedad; sin dejar de contemplar siempre un trasfondo afectivo en el cual interviene una vida familiar profesional e interpersonal.

Las mujeres que ejercen la prostitución son personas en condiciones de vulnerabilidad asociadas a altos niveles de desempleo y pobreza, bajo nivel educativo, baja calificación y competitividad laboral, explotación económica y jefatura femenina de hogar. Enfrentan altos riesgos de infecciones de transmisión sexual, trata y tráfico de personas, violencia intrafamiliar y sexual, estigmatización y uso y abuso de sustancias psicoactivas.⁽¹⁾

Dentro de la población en situación de prostitución se destaca la cantidad de mujeres con hijos(as), que llegan buscando alternativas de supervivencia, encontrando que el ejercicio de la prostitución no les exige requisito alguno y sí les proporciona unos mínimos ingresos para satisfacer, medianamente, sus necesidades tanto personales como familiares.⁽¹⁾

La prostitución es una actividad lucrativa que desempeñan tanto hombres y mujeres por igual en el distrito capital para obtener a un sustento económico que pueda solventar su situación económica excluyéndose en dicha actividad el factor emocional o afectivo. Dicha actividad se ha convertido en un problema de salud pública dado que la práctica de la prostitución es una forma de degradación humana que suele venir asociada a los malos tratos y carencias afectivas, al analfabetismo, al fenómeno de desplazamiento, a

graves necesidades económicas, a la ausencia del respaldo social o familiar, entre otras diferentes situaciones y que repercuten contra quien la ejerce, contra quien la compra y contra la misma sociedad.

El ejercicio de la prostitución es un evento de distribución mundial y que varía según el área geográfica: en África subsahariana, la prevalencia de mujeres trabajadoras sexuales en las capitales se extendió entre 0.7% y 4.3%. El predominio nacional de trabajadoras sexuales en el 2005 en Asia se extendió entre 0.2% y 2.6%; en la ex-federación rusa entre 0.1% y 1.5%; en Europa del este entre 0.4% y 1.4%; en Europa del oeste entre 0.1% y 1.4%; y en América latina entre 0.2% y 7.4%. En Colombia para el 2005 se estima que es del 0.7% de la población general.⁽²⁾

Esta forma de trabajo, además del impacto social, ambiental y personal que acarrea para cada una de estas mujeres, implica sin duda alguna que la población de trabajadoras sexuales sean un grupo de alto riesgo para el desarrollo de diferentes patologías como enfermedades de transmisión sexual, infecciones y cáncer de cuello uterino o neoplasia intraepitelial del cuello uterino (NIC)⁽³⁾

La neoplasia cervical es el crecimiento anormal de células en la superficie del cuello uterino y, se considera una condición precancerosa, dependiendo de la magnitud de los cambios se puede clasificar en: NIC I, NIC II y NIC III⁽⁴⁾. Una prueba de detección ampliamente usada para alteraciones citológicas del cuello uterino es la citología cervicovaginal, esto se debe a que la mayoría de los tumores van precedidos de una lesión precancerosa⁽⁵⁾ sin embargo en la actualidad se conoce la relación causal entre el virus del papiloma humano y la génesis del cáncer del cuello uterino la cual es de 100%⁽⁶⁾⁽⁷⁾ además de esto las trabajadoras sexuales se encuentran en contacto directo o expuestas a diversos cofactores como lo son las infecciones vaginales por Chlamydia los cuales son cofactores directos en la génesis de malignidad a nivel cervical⁽⁸⁾

Basados en esta experiencia teórica y teniendo en cuenta los factores de riesgo anteriormente anotados, se pone de manifiesto que uno de los grupos vulnerables para el desarrollo de alteraciones citopatológicas del cuello uterino son las trabajadoras sexuales.

2. Planteamiento del problema

La mujer colombiana no siempre ha tenido las mejores oportunidades a nivel laboral lo que dificulta cada día más su desempeño que le permita educar y mantener a sus familias, esto ha obligado a muchas de estas mujeres a trabajar como prostitutas, una modalidad de trabajo tan antiguo como la humanidad. Conociendo la realidad económica, social y laboral de Colombia, donde aparte de muchos problemas como la violencia en todas sus formas, problemas de orden social, la inseguridad, la falta de equidad, la falta de oportunidades para los más necesitados, la acumulación de capital en muy pocos estratos privilegiados, también se encuentran la falta de oportunidades laborales, principalmente para la mujer, que cada día tiene más obligaciones, como cabeza de familia, el hecho de tener que responder por un trabajo y por las labores de un hogar.

En Bogotá todas las localidades albergan establecimientos dedicados a la prostitución, por lo que se deduce que esta problemática es definitivamente global. Si se estratifica por zonas el norte tendría un aproximado del 16% del distrito, el sur 14%, el oriente 20%, el centro 26% y el occidente 24%. Se conocen alrededor de 739 establecimientos dedicados al negocio de la prostitución, cuyo mayor impacto se concentra en las localidades de Puente Aranda, Los Mártires y Santafé (9)

A pesar de que en Colombia hay un sinnúmero de mujeres que se emplean en el trabajo sexual como fuente primaria de sostenimiento, de esta actividad es muy poca la información con la que se cuentan acerca del impacto que ejerce sobre la salud de las mujeres, específicamente los aspectos relacionados con las alteraciones citopatológicas del cuello uterino, la frecuencia de neoplasias intraepiteliales del cuello uterino en prostitutas en comparación con mujeres no prostitutas es significativamente alta (6.13% en prostitutas vs. 1.43% en mujer no prostituta)⁽¹⁰⁾ lo cual hace que el ejercicio de la prostitución se convierta en un factor predisponente para la génesis de alteraciones citológicas en el cuello uterino. Esta forma de trabajo, además del impacto social, ambiental y personal que acarrea para cada una de estas mujeres, es sin duda alguna un

Alteraciones citopatológicas del cérvix en trabajadoras sexuales

y sus factores asociados

Wilmer Alexander Hernández Lizarazo

factor de riesgo para el desarrollo de diferentes patologías como: enfermedades de transmisión sexual, infecciones, cáncer y neoplasia intraepitelial del cuello uterino (NIC). El perfil epidemiológico de esta patología y su relación con la prostitución no está documentada en su totalidad debido a que los estudios realizados en Colombia acerca de la frecuencia de Neoplasias intraepiteliales del cuello uterino en trabajadoras sexuales son muy escasos y no se cuenta con los suficientes datos epidemiológicos se quiere establecer: ¿Cuáles es la prevalencia y las alteraciones citopatológicas de cuello uterino más frecuentes encontradas, en una muestra de trabajadoras sexuales del distrito capital,?

3. Justificación

El conocer la realidad de la prostitución en nuestra ciudad abre un gran capítulo en la salud pública de la capital ya que desde un punto de vista objetivo se realizará un enfoque real sobre la problemática que esta práctica alberga, tanto desde el punto social como personal, teniendo así una caracterización sobre aquellos factores que determinan las condiciones en las cuales se desarrolla la práctica de la prostitución.

Es de vital importancia tener control sobre un grupo poblacional en expansión y tan diversamente distribuido como los son las trabajadoras sexuales ya que generan un impacto indirecto en toda la sociedad en donde desempeñan su labor, lo cual representa una situación controlable que involucra la salud de estas mujeres como parte fundamental de la salud, la cual por mucho tiempo ha pasado desapercibida sin que se valore de manera adecuada su entorno social psicológico y físico.

Al poder conocer las alteraciones citopatológicas del cuello uterino en la población de trabajadoras sexuales se tendrá una mejor caracterización epidemiológica de cómo es el comportamiento de dichas alteraciones lo cual ayudaría al control, manejo y seguimiento tanto de las mujeres sanas como las que presenten algún tipo de patología, así como también podría direccionar intervenciones específicas y brindar directrices de salud pública con el fin de ofrecer unas mejores condiciones de salud y así de esta manera contribuir en disminuir la carga física con las que estas mujeres deben sobrellevar el cotidiano vivir.

4. Marco teórico

4.1 Prostitución

Es la venta de servicios sexuales a cambio de dinero u otra retribución.⁽¹¹⁾ Una persona que vende, independientemente de las razones, servicios sexuales es una *prostituta* o un *prostituto*. La mayoría de las personas que la ejercen son mujeres, pero existen también hombres que ejercen la prostitución en la mayoría de los casos con otros hombres. También existen, aun cuando en menor cantidad, los llamados *gigolos* hombres que venden sus servicios a mujeres, así como los casos en donde los servicios sexuales son ofrecidos por parejas (un hombre y una mujer).

Más recientemente, en algunos países occidentales, con el ánimo de reducir el estigma asociado con el apelativo de prostituta(o), se ha buscado generalizar el criterio de que las personas que ejercen este tipo de actividad sexual, lo hacen como una forma de trabajo⁽¹⁸⁾, por lo que son llamadas trabajadoras (o trabajadores) sexuales.⁽¹²⁾

La prostitución también se ha definido como la práctica sexual o coito realizados con fines de lucro o mediante el pago de un precio. Se la describe como "la profesión más antigua del mundo", pues se la observa en las más remotas culturas, con fases de prostitución religiosa, hospitalaria y combinaciones religioso-hospitalarias. A partir del cristianismo, se la concibe como un mal necesario, criterio que conserva la sociedad capitalista. Sus causas son complejas, confluyendo en ellas factores psicológicos, sociales y económicos. Con miras a erradicarla, y sin resultados, se ensayan sistemas jurídicos (abolicionismo, prohibicionismo, y reglamentarismo).

En la mayoría de las legislaciones, no es considerada delito, aunque algunas de sus actividades conexas reciban sanción penal.

A nivel internacional, se define y persigue la trata de blancas, tráfico de mujeres entre países para aprovisionar los prostíbulos. En el plano interno, se crean figuras delictivas específicas: contagio venéreo, corrupción de menores entre otras

Otra definición más simple es cuando un hombre o una mujer tienen relaciones sexuales con otras personas a cambio de una remuneración de tipo económico⁽¹³⁾

4.1.1 Antecedentes históricos sobre la prostitución y su control

Prostitución en la antigüedad

La prostitución existe desde los inicios de la sociedad y es considerada uno de los oficios más antiguos.

Cada familia donaba su hija primogénita a los sacerdotes para que mantuviera relaciones sexuales con ellos ya que se creía que si éstos lo hacían purificaban sus pecados, a estas mujeres eran consideradas "*prostitutas*"⁽⁴⁾

Grecia Antigua

Para los griegos el burdel era institución ya no religiosa, sino regulada por el municipio. Los hombres de todas las clases y edades favorecían la prostitución. Los antiguos griegos distinguían entre tres clases de mujeres: las *dicteriades* que trabajaban en las casas municipales eran para los griegos lo que las meretrices para los romanos, las *eletrides* eran fundamentalmente instrumentistas y danzarinas y trabajaban en las fiestas y las *hetaerae* (hetairas) de categoría: ellas eran las mujeres que acompañaban a prestigiosos hombres estadistas y filósofos. A veces, a pesar de su elevado estatus y cuando tenían apuros económicos trabajaban en casas públicas. Las hetairas no solo servían a la sensualidad de sus clientes, sino también a sus intereses intelectuales. Personajes famosos como Pericles, Alejandro, Platón, Sócrates Alcibíades y Praxiteles tenían amistad íntima con algunas hetairas, cuyos nombres incluso se conservan para la posteridad.

Los griegos eran comerciantes y la hetaira pagaba impuestos de acuerdo con sus ingresos. Para las clases pobres había burdeles baratos, libres de impuestos, donde los clientes pagaban una suma baja por los servicios sexuales.

En las ciudades costeras de Grecia, la mayoría de las zonas de burdeles estaban ubicadas cerca del puerto como ocurría en Atenas y Corintio. En esta última ciudad era famoso el templo de Afrodita donde había bellas mujeres que cobraban caro sus favores, y parte de sus ganancias se destinaban al tesoro público.

Para los griegos la prostitución era un servicio de utilidad para el estado, que permitía satisfacer las necesidades naturales de los hombres.⁽¹⁴⁾

Roma

En Roma la mayoría de las prostitutas eran esclavas capturadas de la guerra. Los *lupanarium* lupanares; que era los sitios donde se practicaba la prostitución, abundaban y eran considerados una ayuda para la pureza de la vida familiar. Las mujeres que allí trabajaban se llamaban *lumpae*. Los establecimientos se anunciaban colocando un farol de luz roja en la entrada. Esta práctica se convirtió en norma, que

tenía como fin llamar la atención a los viajeros interesados y evitar que personas desprevenidas fueran a ingresar a un lugar inapropiado.

Oriente

La prostitución en oriente era vista como una institución normal. Se dice que los burdeles chinos fueron establecidos por Kuan Chung en el siglo VII antes de nuestra era. Los gobernantes de la dinastía Ching, que sucedieron a los de la Ming, contrataban a las mujeres para que prestaran sus servicios en los burdeles de los "cuarteles" situados estratégicamente a lo largo de los 2.240 Km. que recorría la gran muralla. Ellas cumplían no solo con los deberes clásicos, sino también tenían entrenamiento militar para defender las murallas contra los frecuentes ataques mongoles.

Una institución que ha llamado poderosamente la atención al mundo occidental son las *geishas*, quienes son vistas como prostitutas, pero no así para los japoneses. La palabra *geisha* significa persona de la cultura.

Cristianismo

Los padres de la iglesia a través de la historia se han visto unas veces inclinados a tolerar la prostitución y hasta autorizarla y en otras ocasiones la han condenado. La edad media fue testigo de muchos cambios en la actitud de las autoridades. Con Carlomagno y Federico Barbarroja, en el siglo XII, se promulgaron leyes contra esta práctica, se incluían graves castigos y hasta la pena de muerte para las mujeres que las violaran. En las cruzadas fueron famosas las legiones que marchaban en pos de ellos y alentaban a los guerreros.

Durante el renacimiento italiano, entre los siglos XV y XVI, apareció la figura de la cortesana, mujer de estatus alto, que no estaba ligado al burdel, y se hacía presente en los principales acontecimientos de la corte. En el siglo XVI, cuando una epidemia de sífilis azotó a Europa se acusó de su aparición a los burdeles y los cerraron. Se convirtió la prostitución en un problema de salud pública y entonces se reglamentaron los exámenes médicos para las prostitutas, la separación de los sitios donde se ejercía la prostitución en lugares especiales de la ciudad y con distintivos como luces rojas.

El primero en crear el sistema de burdel fue Napoleón y les dio el nombre de *maisons de tolérance*; a finales del siglo pasado y a principios del presente estos empezaron a entrar en decadencia y empezaron a ser sustituidas por otras formas de prostitución como las que propiciaban en Francia los *cafés chantants* y las *brasserres*.

Más recientemente, la declinación de los burdeles con el correlativo aumento de las prostitutas "callejeras" y "reservadas" ha sido muy evidente en muchos países occidentales, gracias a la acción sinérgica de las normas legales represivas, la elevación del nivel de vida de la población y la liberación de la conducta sexual de las mujeres "decentes". En los países socialistas la prostitución no existe como institución organizada, o ha sido reducida a la mínima expresión, posiblemente por el efecto combinado de la represión legal y el sistema socioeconómico; sin embargo, en estos países la prostitución se da de forma clandestina.

Con respecto a Colombia en los últimos años ha ocurrido una disminución paulatina de los prostíbulos tradicionales pero no de la prostitución en sí, debido también a la aparición de otras formas públicas o semiclandestinas de comercio sexual, y a la relativa liberación en el comportamiento sexual de las mujeres⁽¹⁵⁾.

4.1.2 Marco legal de la prostitución

A nivel internacional se han establecido instrumentos jurídicos y políticos, para que los estados y gobiernos de los diferentes países formulen y ejecuten políticas orientadas a defender los derechos de las mujeres y eliminar todas las formas de discriminación existentes con base en las diferencias de género⁽⁹⁾

Las normas marco que hacen referencia a lo relacionado con el ejercicio de la prostitución son los Decretos 400 de 2001⁽¹⁶⁾ y 188 de 2002^(17,18), en ellos se definen las zonas de alto impacto en la ciudad y las condiciones para su funcionamiento acorde con los lineamientos establecidos en el Plan de Ordenamiento Territorial. El Decreto 188 de 2002, modifica el anterior en lo relativo a las condiciones de salubridad, saneamiento, bienestar social, seguridad y medio ambiente.

Principalmente este Decreto deja en claro que los establecimientos que se encuentren funcionando en sectores en los cuales no se permite dicho uso, si desean continuar su actividad, deberán trasladarse a cualquiera de las áreas precisadas y delimitadas en las fichas normativas de la ciudad.⁽⁹⁾

Así mismo, establece como responsabilidad de las instituciones de salud que diagnostiquen a un trabajador sexual una enfermedad de transmisión sexual o VIH,

deberán aplicar el protocolo de manejo y la vigilancia epidemiológica para su atención integral y la adherencia al servicio, artículo No. 48.

La Constitución Política en particular su artículo No. 43 determino que “la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación”. El ultimo inciso del mismo artículo plantea: “El Estado apoyara a la mujer cabeza de familia”

El Código de Policía de Bogotá, Acuerdo 079 de 2003, Título IV “protección de las poblaciones vulnerables” capítulo 4º, establece en sus artículos Nos. 47 y 51 que las personas que ejerzan la prostitución y los dueños o administradores de establecimientos deberán participar 24 horas al año en jornadas de información y educación en salud, derechos humanos y desarrollo personal, las cuales serán certificadas por la Secretaria Distrital de Salud, el Departamento Administrativo de Bienestar Social o las entidades delegas para tal fin.⁽⁹⁾

4.1.3 Planes de desarrollo del distrito capital y la prostitución

Secretaria Distrital de salud (SDS)

Su política se realiza por medio de las intervenciones de inspección, vigilancia y control de los establecimientos y trabajadores que ejercen la prostitución, bajo el marco de la constitución Nacional de 1991, ley 09/79, ley 10/90, ley 100/93, ley 715/01, y el reciente Código de Policía, las cuales son ejecutadas en coordinación con las Empresas Sociales del Estado (ESE) entidades y organizaciones Sociales. En las ESE se realizan los procesos que apuntan a la protección de la salud (promoción, prevención, atención de la enfermedad y el buen trato).

La alcaldía mayor de Bogotá en su plan de desarrollo 2012-2016 “*Bogotá Humana*” propone un Plan de protección diferencial para poblaciones con fragilidad social: habitantes de calle y personas en situación de prostitución. El proyecto tiene como objetivo contribuir al desarrollo humano integral de los ciudadanos habitantes de calle y personas vinculadas a la prostitución propiciando mejores condiciones familiares y sociales, que generen cambios en sus proyectos de vida. De manera adicional, se persigue transformar los imaginarios relacionados con la habitabilidad en calle y el fenómeno de la prostitución⁽¹⁹⁾

4.2. Neoplasia intraepitelial del cuello uterino

La displasia cervical es el crecimiento anormal de células en la superficie del cuello uterino y, aunque no es un cáncer, se considera una condición precancerosa. Dependiendo de la magnitud de los cambios, la condición se categoriza más ampliamente como:

- NIC I: displasia leve (confinado al 1/3 basal del epitelio cervical.)
- NIC II: displasia moderada a acentuada (confinada a los 2/3 basales del epitelio cervical.
- NIC III: displasia severa a carcinoma *in situ* (cubre más de los 2/3 de todo el epitelio cervical, en algunos casos incluyendo todo el grosor del revestimiento cervical. Esta lesión es considerada como un carcinoma *in situ*).

La razón de que el frotis Papanicolaou (citología cervicouterina) sea una prueba de detección temprana del cáncer de cuello uterino es que la mayoría de los tumores van precedidos de una lesión precancerosa. Estas lesiones precancerosas se deben contemplar teniendo en cuenta que:

1. Las lesiones precancerosas constituyen un espectro continuo de cambios morfológicos cuyas fronteras están bastante mal delimitadas.
2. Dichas lesiones no siempre evolucionan hacia la formación de un cáncer y pueden regresar espontáneamente, y el riesgo de que persistan o que evolucionen hacia un cáncer aumenta a medida que aumenta la gravedad de lesión precancerosa.
3. Se asocian al VPH y los tipos de “alto riesgo” del VPH se encuentran cada vez con mayor frecuencia en las lesiones precursoras de grado más elevado.

Las lesiones precancerosas de cuello uterino se han clasificado de diversas maneras. El sistema más antiguo es la clasificación de la displasia-carcinoma *in situ*, encontrando la displasia leve en un extremo, y la displasia grave/carcinoma *in situ* en el otro. Otro sistema es la clasificación de la neoplasia intraepitelial del cuello uterino (NIC), de amplio uso a nivel internacional, en la que las displasias leves se denominan NIC de grado I, y las lesiones de carcinoma *in situ* se denominan NIC III; incluso hay otro sistema en que estas entidades se reducen a dos, que se denominan lesiones intraepiteliales de bajo grado y de alto grado.^(4,5)

De manera reciente la nomenclatura de la citología cervicouterina no ha sufrido grandes modificaciones con respecto a la clasificación propuesta en el sistema Bethesda 2011⁽²⁰⁾ el reporte de la misma continua siendo informado de la manera propuesta en este año.

La NIC, comienza casi siempre en la unión cilindro escamosa, en la zona de transformación. Las lesiones NIC de menor grado, como los condilomas, en general se encuentran relacionadas con VPH con serotipos de bajo riesgo⁽²¹⁾ y tienen una regresión espontanea, Las lesiones pueden iniciarse en cualquier punto del espectro, dependiendo del tipo de VPH asociado y de otros factores del huésped., aunque el tipo de VPH es un posible factor de predicción del comportamiento de una lesión, es difícil adelantar el pronóstico en un paciente determinado. Estos hallazgos subrayan que el riesgo de cáncer solo en parte se relaciona con el tipo de VPH y que depende también de otros carcinógenos o alteraciones genéticas que influyen o hacen que se modifique la evolución de una lesión precancerosa.

Desde el punto de vista pronóstico, las lesiones que han evolucionado por completo (NIC III) son las de mayor riesgo. La NIC III se asocia más frecuente al cáncer infiltrante cuando este último se identifica. La evolución hacia un carcinoma infiltrante, cuando ocurre, puede tardar en producirse desde unos meses hasta más de 20 años.⁽¹²⁾

4.2.1 Causas, incidencia y factores de riesgo

En los últimos años, los científicos han progresado mucho en el conocimiento de los cambios que tienen lugar en las células del cuello uterino durante el origen del cáncer. Además, han identificado varios factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que una mujer pueda contraer cáncer del cuello uterino

El desarrollo de las células humanas normales depende principalmente de la información contenida en los cromosomas de las células. Los cromosomas son moléculas grandes de ADN (conocido en inglés como DNA). El ADN es la sustancia química que transporta las instrucciones para casi todo lo que hacen nuestras células. Por lo general, nos parecemos a nuestros padres porque de ellos proviene nuestro ADN. No obstante, el ADN afecta mucho más que nuestra apariencia externa

Durante los últimos años, los científicos han realizado grandes avances en la comprensión de cómo ciertos cambios en el ADN pueden causar que las células normales se vuelvan cancerosas

Algunos *genes* (contenedores de nuestro ADN) contienen las instrucciones para controlar cuándo crecen y se dividen nuestras células. Ciertos genes que promueven la división celular se conocen como *oncogenes*, mientras que los que disminuyen la velocidad de la división celular o hacen que las células mueran en el momento correcto se conocen como *genes supresores de tumores*. Las *mutaciones* del ADN (defectos genéticos) que activan a los oncogenes o desactivan a los genes supresores de tumores pueden causar cáncer.

Un *factor de riesgo* es aquel que aumenta sus probabilidades de padecer de una enfermedad como el cáncer; los diferentes cánceres tienen diferentes factores de riesgo. Existen varios factores de riesgo asociados al cáncer del cuello uterino; las mujeres *sin* estos factores de riesgo raramente contraen dicha enfermedad. Aunque estos factores de riesgo aumentan las probabilidades de contraer cáncer del cuello uterino, muchas mujeres que los tienen, no lo padecen⁽⁶⁾. Cuando una mujer contrae cáncer del cuello uterino o cambios precancerosos, no es posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa.

Al considerar estos factores de riesgo, es útil enfocarse en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar y tener conductas sexuales que pueden llevar a una infección con el virus del papiloma humano), en vez de los que no se pueden modificar (tales como su edad y antecedentes familiares). Sin embargo, sigue siendo vital conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que resulta aún más importante para las mujeres con estos factores hacerse la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer del cuello uterino en las primeras etapas.

Los factores de riesgo del cáncer del cuello uterino incluyen:

Infección con virus del papiloma humano: el factor de riesgo más importante para el desarrollo del cáncer de cuello uterino es la infección con el *virus del papiloma humano* (VPH, por sus siglas en inglés). El VPH es uno de los causantes más comunes de enfermedad de transmisión sexual tanto en hombres como mujeres alrededor del mundo; este virus está asociado a un rango variable de condiciones clínicas, desde lesiones inocuas hasta cáncer⁽²²⁾. Casi el 100% de todos los casos de CC son causados por el VPH, que se ubica como la infección de transmisión sexual más común en todo el mundo⁽³⁾. Hay más de 150 cepas de VPH con mayor o menor potencial carcinogénico.

VPH-16 y 18 eclipsan otras cepas (31, 33, 35, 45, 52 y 58) que contribuyen a más del 70% de todos los casos de CC y ser responsable de 41-67% de las lesiones cervicales de alto grado y el 16-32% de las lesiones cervicales de bajo grado⁽⁷⁾

Otros tipos de VPH causan diferentes tipos de verrugas cutáneas en distintas partes del cuerpo. Algunos tipos causan verrugas comunes en las manos y los pies. Otros tipos tienden a causar verrugas en los labios o la lengua. Los diferentes tipos de VPH genitales pueden causar verrugas que pueden aparecer en o alrededor de los órganos genitales femeninos y masculinos, así como el área del ano. Estos tipos de VPH se transmiten de una persona a otra durante el contacto sexual de piel a piel, incluyendo el sexo oral y anal.

Cuando el virus del papiloma humano ocurre en la piel de los órganos genitales *externos* y del área anal, a menudo pueden causar verrugas genitales protuberantes. Éstas pueden ser poco visibles o extenderse varias pulgadas. El término médico para las verrugas genitales es *condiloma acuminado*. La mayoría de las verrugas genitales se debe a dos tipos de virus del papiloma humano: VPH 6 y VPH 11. Sólo en raros casos se convierten éstos en cáncer del cuello uterino, por lo que se les llama tipos de "bajo riesgo". Sin embargo, otros tipos de VPH de transmisión sexual han sido asociados con el cáncer genital o anal, tanto en hombres como en mujeres⁽²³⁾

Actualmente no hay cura o tratamiento para la infección con el virus del papiloma humano. Afortunadamente, la mayoría de las mujeres infectadas con el VPH no progresan a cáncer del cuello uterino. Por lo general, la infección podría desaparecer sin tratamiento, ya que su sistema inmunológico ha tenido éxito en la lucha contra el virus.

Los cambios precancerosos en el cuello uterino se diagnostican cuando se encuentran células anormales en una prueba de Papanicolaou (Pap) o una biopsia. La infección con virus del papiloma humano causa cambios en las células del cuello uterino, que se pueden reconocer en la prueba de Papanicolaou. Ahora se dispone de pruebas nuevas que pueden identificar los VPH al encontrar sus ADN en las células. Muchos médicos están realizando actualmente pruebas de VPH si el resultado de la prueba de Papanicolaou es anormal (los médicos se refieren a estos resultados como *células escamosas atípicas* o ASC, por sus siglas en inglés). Si está presente un tipo de VPH de alto riesgo, realizarán una colposcopia y considerarán realizar tratamiento futuro⁽⁶⁾

Ciertos tipos de conductas sexuales aumentan el riesgo de una mujer de contraer una infección con virus del papiloma humano: Edad temprana de inicio de relaciones sexuales

Antecedente de múltiples parejas sexuales ⁽²⁴⁾ no utilización de condón en relaciones sexuales

La infección por VPH es muy frecuente. Se calcula que cerca de 85% de las mujeres adquieran el virus en algún momento de su vida⁽²⁵⁾. Se cree que los hombres sin circuncidar tienen más probabilidad de adquirir el virus. El VPH puede estar presente por muchos años sin causar síntomas, y la infección con VPH no siempre causa verrugas u otros síntomas. Algunos estudios recientes indican que los condones no protegen completamente contra el VPH, ya que este virus se puede transmitir de persona a persona a través del contacto con la piel de cualquier área del cuerpo afectada por el VPH, como la piel de los genitales o el área anal no cubierta por el condón⁽²⁴⁾. el VPH se puede transmitir a otra persona incluso cuando no hay verrugas visibles u otros síntomas⁽²³⁾

Aunque los condones no protegen completamente contra VPH ⁽²⁶⁾, continúa siendo importante usar los condones para protegerse contra el sida y otras enfermedades de transmisión sexual que se contagian a través de ciertos fluidos del cuerpo.

Aunque es necesario haber tenido VPH para que se origine el cáncer de cuello uterino, la mayoría de las mujeres con este virus no contraen cáncer. Los médicos entienden que otros factores tienen que surgir para que se origine el cáncer. Algunos de estos factores de presentan a continuación ⁽¹³⁾:

Hábito de fumar: Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de contraer cáncer del cuello uterino⁽²⁴⁾. Este hábito produce sustancias químicas cancerígenas que dañan el ADN de las células del cuello uterino y contribuyen al origen de cáncer⁽²³⁾

Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas por los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo a través de todo el cuerpo. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores opinan que estas sustancias dañan el ADN de las células del cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer del cuello uterino.

Deficiencia del sistema inmunológico: otra posible causa es la deficiencia del sistema inmunológico. Nuestro sistema inmunológico ayuda a mantenernos libres de cáncer. La infección con el virus de inmunodeficiencia humana (el virus del sida) hace que el sistema inmunológico de una mujer esté menos apto para combatir el virus del papiloma humano y los tumores cancerosos del cuello uterino en sus primeras etapas⁽²³⁾

Infección con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés): El virus de inmunodeficiencia humana es el causante del *síndrome de inmunodeficiencia adquirida* (SIDA o AIDS, por sus siglas en inglés). Debido a que este virus daña el sistema inmunológico del cuerpo, las mujeres están en riesgo de infecciones con virus del papiloma humano, lo que puede aumentar el riesgo de contraer cáncer del cuello uterino⁽²⁷⁾. Los científicos opinan que el sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana, un cambio precanceroso del cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal.

Infección con clamidia: la clamidia es un tipo relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor femenino y que se contrae por contacto sexual. Aunque la infección puede causar síntomas, muchas mujeres no saben que están infectadas a menos que las muestras tomadas en el momento de su prueba de Papanicolaou sean analizadas para este tipo de bacteria⁽¹³⁾

Algunos estudios recientes ^(28,29) indican que las mujeres cuyos resultados de los análisis de sangre indican una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer del cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre negativo⁽²⁹⁾. Aunque se necesitan más estudios para confirmar este hallazgo, ya hay suficientes razones para prevenir esta infección y tratarla con antibióticos inmediatamente después del diagnóstico. Se sabe muy bien que la infección con clamidia a largo plazo causa inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad.

Píldoras anticonceptivas: hay evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino. En algunas investigaciones se ha indicado una relación entre el uso de las píldoras anticonceptivas durante cinco o más años y un aumento en el riesgo de cáncer del cuello uterino. En un

estudio, el riesgo aumentó cuatro veces más en mujeres que usaron píldoras anticonceptivas por más de 10 años.⁽²³⁾

Entre tanto, la Sociedad Americana del Cáncer opina que una mujer y su médico deben considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan este muy ligero riesgo potencial. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que otro tipo de contraceptivo use, debe usar condones para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual⁽³⁰⁾

Embarazos múltiples: las mujeres que han tenido muchos embarazos completos tienen un riesgo mayor de contraer cáncer del cuello uterino⁽³¹⁾. Esto puede deberse a que algunas de las mujeres pueden haber tenido una exposición mayor al VPH.

Condición socioeconómica baja: la condición socioeconómica baja es también un factor de riesgo para el cáncer del cuello uterino. Muchas personas con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no reciban tratamiento para la enfermedad precancerosa del cuello uterino.

Antecedentes familiares de cáncer del cuello uterino: el cuello uterino puede ser hereditario en algunas familias. Algunos investigadores sospechan que esta tendencia familiar es causada por una condición hereditaria que hace que las mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras^(6,23).

4.2.2 Signos y Síntomas

No existen síntomas específicos ni características clínicas que indiquen la presencia de NIC. Sin embargo, muchas de estas lesiones pueden aparecer blancas tras aplicar ácido acético al 3-5% y ser yodo negativas después de aplicar Lugol, pues el epitelio de la NIC contiene escaso o ningún glucógeno^(6,23)

Los síntomas generalmente no aparecen hasta que las células cervicales anormales se vuelven cancerosas e invaden el tejido cercano. Cuando esto sucede, el síntoma más común es un sangrado anormal. El sangrado puede comenzar y detenerse entre períodos menstruales regulares o puede ocurrir después de relaciones sexuales, de lavado vaginal o de un examen pélvico. El sangrado menstrual puede durar más tiempo y ser más abundante que de costumbre. El sangrado después de la también puede ser un síntoma de cáncer cervical. Una mayor secreción vaginal puede ser otro síntoma de cáncer cervical⁽⁶⁾.

4.2.3 Diagnóstico

Diagnóstico y clasificación de la NIC por la citología

La NIC puede detectarse por examen microscópico de las células cervicales en un frotis teñido por la técnica de Papanicolaou. En estas preparaciones citológicas, se evalúan los cambios de cada célula para el diagnóstico y la clasificación de NIC. En cambio, el examen histológico de los tejidos permite examinar otras características⁽²³⁾. Evaluar citológicamente la NIC basándose en los cambios nucleares y citoplasmáticos suele ser muy difícil.

La hipertrofia nuclear y los cambios de tamaño y forma son características constantes de todas las células displásicas. La mayor intensidad tintorial (hipercromasia) es otra característica destacada. Las células displásicas siempre presentan distribución irregular de la cromatina, como en grumos. Los núcleos anormales en las células superficiales o intermedias indican un NIC de bajo grado (las figuras mitóticas y los nucléolos visibles son poco comunes en estos frotis), mientras que la anomalía de los núcleos de células para basales y basales indica NIC de alto grado. El tamaño del núcleo respecto de la cantidad relativa de citoplasma (relación núcleo/citoplasma) es una de las bases más importantes para evaluar el grado de NIC. Las mayores relaciones se asocian con grados más avanzados de NIC. En general, en un frotis cervical se observan células con diversos grados de alteración, lo que conlleva bastantes dificultades y una buena dosis de subjetividad al presentar los resultados. La experiencia del citólogo es sumamente importante en el informe final^(6,30).

Diagnóstico y clasificación de la NIC por la histopatología

La clasificación histológica utilizada se basa en dos niveles: lesiones de bajo grado, agrupadas como NIC I y lesiones de alto grado agrupadas como NIC II y III

Puede sospecharse NIC por examen citológico con la técnica de Papanicolaou o mediante examen colposcópico. Menos de un 5% de todos los frotis de Papanicolaou realizados revelan una displasia cervical. Aunque se desconocen las causas, se han identificado muchos factores de riesgo y la mayoría de casos se presenta en mujeres de 25 a 35 años⁽³²⁾

El diagnóstico final de NIC se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical con sacabocados o una muestra de escisión⁽²³⁾. Se valora si una muestra tisular

cervical presenta NIC y en qué grado, en función de las características histológicas de diferenciación, maduración y estratificación de las células y de las anomalías de los núcleos. Para clasificar la NIC se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas. Los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras, diferenciadas.

Al realizar el diagnóstico se evalúan anomalías nucleares como la dilatación, la mayor relación núcleo/citoplasma, la hipercromasia, el polimorfismo y la variación del tamaño nuclear (anisocariosis). A menudo existe una fuerte correlación entre la proporción del epitelio que presenta maduración y el grado de anomalía nuclear. Las figuras mitóticas de las células en división son poco frecuentes en el epitelio normal y, cuando existen, se ven solo en la capa para basal. Conforme se incrementa la gravedad de la NIC aumenta el número de figuras mitóticas, que pueden verse en las capas epiteliales superficiales. Cuanto menos diferenciado es un epitelio, más alto es el nivel en que pueden verse figuras mitóticas. Las configuraciones anormales de las figuras mitóticas también se tienen en cuenta al establecer el diagnóstico final^(6,23)

En la NIC 1 existe buena maduración, con mínimas anomalías nucleares y pocas figuras mitóticas. Las células indiferenciadas se encuentran en las capas epiteliales más profundas (tercio inferior). Se observan figuras mitóticas, pero no muchas. Pueden verse cambios citopáticos debidos a la infección por el VPH en todo el espesor del epitelio⁽²⁶⁾.

La NIC 2 se caracteriza por cambios celulares displásicos restringidos sobre todo a la mitad o los dos tercios inferiores del epitelio, con anomalías nucleares más marcadas que en la NIC 1. Pueden verse figuras mitóticas en toda la mitad inferior del epitelio. En la NIC 3, la diferenciación y la estratificación pueden faltar por completo o existir solo en el cuarto superficial del epitelio, con abundantes figuras mitóticas. Las anomalías nucleares aparecen en todo el espesor del epitelio. Muchas figuras mitóticas tienen formas anormales.

Una estrecha relación entre citólogos, histopatólogos y colposcopistas mejora la notificación en las tres disciplinas. En particular, ayuda a diferenciar los grados más leves de NIC de otras afecciones con las que pueden confundirse^(6,26).

4.2.4 Tratamiento y pronóstico

El tratamiento de la displasia cervical depende del grado de la misma. La displasia leve, que puede desaparecer en forma espontánea, generalmente involucra una observación cuidadosa con frotis de PAP repetidos cada 3 a 6 meses. Otras formas pueden requerir métodos para destruir el tejido anormal, incluyendo electro cauterización, criocirugía, vaporización con láser o extirpación quirúrgica.

Es esencial hacer un seguimiento consistente cada 3 a 6 meses o según se indique⁽³³⁾.

La mayoría de estas infecciones son subclínicas de transición, una curación espontánea de la infección se produce después de 12 a 30 meses en el 70-90% de las mujeres infectadas⁽²⁶⁾

4.3 Virus Del Papiloma Humano

El Papiloma virus es un virus pequeño con ADN de la familia *Papovaviridae* que infecta a una gran variedad de vertebrados incluyendo al hombre.⁽²⁶⁾

El virus del papiloma humano es un grupo grande de virus de los cuales se han identificado más de 100 tipos, de éstos cerca de 40 son transmitidos sexualmente e infectan el aparato genital masculino y femenino.

El virus del papiloma humano produce infecciones de piel y también afecta las mucosas del tracto ano genital, el oral (boca, garganta) y respiratorio.

En la piel las lesiones más frecuentes son las verrugas cutáneas, también llamadas verrugas vulgares y las verrugas plantares, que son lesiones en las plantas de los pies, a menudo dolorosas⁽²⁶⁾

Las lesiones ano genitales incluyen las verrugas genitales (condiloma acuminado, cresta de gallo) que son formaciones carnosas con aspecto de coliflor que aparecen en las zonas húmedas de los genitales. Las verrugas genitales, por lo común, son causadas por los tipos VPH-11 y VPH-16. Estos tipos de VPH también pueden producir verrugas en el cuello del útero, en la vagina, la uretra y el ano⁽⁵⁾.

En la boca y garganta el virus del papiloma humano produce el papiloma oral y el papiloma laríngeo. También producen el papiloma de la conjuntiva del ojo y el papiloma nasal.

Este virus está relacionado con alteraciones del epitelio del cuello uterino denominadas neoplasia intraepitelial cervical (NIC), las cuales se han clasificado en tres grados: I, II y

III. La NIC III en particular se considera una lesión precancerosa precursora del cáncer cervicouterino⁽²⁰⁾.

Clasificación del virus del papiloma humano.

Los virus de papiloma humano se dividen en dos grandes grupos dependiendo del riesgo que tienen de provocar lesiones cancerígenas: alto y bajo riesgo.

Se denomina factor de riesgo a aquel factor asociado con el riesgo de desarrollo de una enfermedad, pero no suficiente para causarla. Es necesario la presencia de otros factores asociados para causar la enfermedad (en el caso del VPH otros factores son: conducta sexual, mala nutrición, tabaquismo, etc.)⁽²⁰⁾

Numerosos estudios claramente identifican que el riesgo de contraer VPH, y el cáncer cervical se encuentra influenciado por la actividad sexual. En los individuos es mayor el riesgo de resultar infectados con VPH si él o ella tienen múltiples parejas sexuales al mismo tiempo o si la pareja de alguno de los dos comparte múltiples compañeros sexuales⁽²⁶⁾

La actividad sexual a tempranas edades también incrementa el riesgo de contraer el VPH y aumenta el riesgo del desarrollo de neoplasias en cérvix.⁽⁶⁾

Los estudios confirman que las lesiones precancerosas asociadas al VPH son más prevalentes en mujeres trabajadoras sexuales que la población en general⁽³³⁾ En un estudio realizado en Hong Kong durante en 2006 y 2012 confirma que las lesiones precancerosas a asociadas al VPH son más prevalentes en mujeres profesionales del sexo que en la población general de Hong Kong⁽³⁴⁾, otro estudio realizado en Venezuela concluyó que la infección por VPH de alto riesgo fue un factor para desarrollo de lesiones pre-invasores e invasores del cuello uterino en las trabajadoras sexuales⁽³⁾

Se ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en un 17-21% de las mujeres con una pareja sexual y en 69-83% de las mujeres con 5 o más parejas sexuales.

En población de prostitutas la frecuencia de infección por virus de alto riesgo VPH-16, 18, 31 y 58 es hasta 14 veces más frecuente que en la población general.⁽³⁾

La frecuencia de neoplasias cervicales de cuello uterino en prostitutas en comparación con mujeres de hábitos sexuales normales es significativamente alto en trabajadoras sexuales (6.13% prostitutas Vs. 1.43% mujer no prostituta)⁽³⁴⁾

Consumo de Tabaco. Las mujeres fumadoras tienen un riesgo mayor de padecer de cáncer del cuello uterino que las mujeres no fumadoras. Estudios de investigación han

demostrado que en el moco cervical (sustancia que reviste la mucosa del cuello del útero) hay una concentración elevada de sustancias provenientes del fumado de tabaco).⁽²⁰⁾

Alto Número de Embarazos. Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo favorecen el desarrollo de las infecciones por VPH.

Sistema Inmunológico Deprimido. Factores genéticos o enfermedades como el SIDA, medicamentos, consumo de drogas, etc. que provocan la depresión del sistema inmunológico de la persona predispone al desarrollo de cáncer ano genitales y del cuello uterino ante la presencia de la infección por virus de papiloma humano.

Uso Prolongado de Anticonceptivos. El uso prolongado de anticonceptivos se ha vinculado con la persistencia de infecciones por virus del papiloma humano. Estudios científicos⁽³⁵⁾ han estimado que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales por más de 5 años duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino⁽³⁵⁾

Factores Nutricionales. Aunque los estudios científicos no son concluyentes se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por virus de papiloma humano y la evolución de las lesiones de NIC I a NIC II, III y cáncer cervicouterino⁽⁶⁾

VPH de Bajo Riesgo. Virus de papiloma humano de bajo riesgo se les llama a aquellos cuyo riesgo de provocar cáncer es bajo y son el VPH 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57. Los VPH que provocan verrugas genitales, también llamado condiloma acuminado y cresta de gallo, están en este grupo.

Los tipos de VPH de bajo riesgo pueden causar cambios leves en el cuello del útero de una mujer. Estos cambios no conducen al cáncer. No son perjudiciales y desaparecen con el tiempo.

VPH de Alto Riesgo. Los virus de papiloma humano de alto riesgo son los que se encuentran con mayor frecuencia asociados en los casos de cáncer de cuello uterino e incluyen el VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58. De estos tipos el VPH 16 y el 18 son, sin duda, los más importantes dado que se encuentran con más frecuencia vinculados al cáncer cervicouterino.

Por lo general, la infección de VPH de alto riesgo no causa problemas de salud a nadie⁽²⁰⁾. Pero, en ocasiones, la infección por este tipo de virus puede provocar cambios celulares. Con el tiempo, estos cambios celulares pueden conducir al cáncer, si no son

tratados. Sólo la infección persistente de VPH de alto riesgo (aquella que no desaparece durante años) aumenta el riesgo de cáncer en las personas.

En las trabajadoras sexuales se encuentra un aumento en la frecuencia del virus del papiloma humano de “alto riesgo” 16, 18⁽³³⁾

Modo de transmisión

Las infecciones en el cuello uterino y en la vagina por lo general se transmiten por contacto sexual; no obstante, hay evidencia de otras formas de contagio como son: instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados y juguetes sexuales⁽³³⁾

Otra forma de contagio, aunque poco frecuente, es de la madre al niño durante el parto en los casos que existen verrugas genitales en el canal vaginal. En estos casos puede producirse en el niño un cuadro denominado papilomatosis laríngea. Este tipo de transmisión del virus es poco común y se previene practicando una cesárea en el momento del parto.

Las verrugas genitales pueden transmitirse por contacto directo de la piel con las verrugas⁽²³⁾

Factores de riesgo asociados al VPH para el desarrollo de cáncer cervicouterino

solo una pequeña parte de las infecciones crónicas por VPH evolucionan de neoplasia intraepitelial cervical I (NIC I) a NIC II, NIC III a cáncer cervicouterino. Se han encontrado algunos factores de riesgo asociados al VPH que son determinantes para que ocurra esta evolución hacia el cáncer⁽²⁰⁾

4.4 Marco referencial

Todas las localidades albergan establecimientos dedicados a la prostitución, por lo que se deduce que esta problemática es definitivamente global. Si se estratifica por zonas el norte tendría un aproximado del 16% del Distrito, el Sur 14%, el Oriente 20%, el Centro el 26% y el Occidente 24%. Generalmente los establecimientos se ubican en vías y lugares bastante públicos, prioritariamente en la carrera 10a, 13, 7ª, 86, avenida Caracas, avenida 1º. de mayo y avenida principal en Patio Bonito⁽¹⁶⁾. Los lugares “reservados” no están en lugares públicos, comúnmente se encuentran ubicados en zonas residenciales como Teusaquillo, Chapinero y Barrios Unidos. Aunque prácticamente cada localidad alberga al menos un sitio “reservado”; el gobierno distrital a través de los Decretos 400

Alteraciones citopatológicas del cérvix en trabajadoras sexuales

y sus factores asociados

Wilmer Alexander Hernández Lizarazo

de 2001(16) y 188 de 2002(17,18) definió las zonas de alto impacto para la prostitución y se establecieron las condiciones de funcionamiento.

5. Objetivos

5.1 General

Establecer la prevalencia y las alteraciones citopatológicas más frecuentes del cérvix en una población de trabajadoras sexuales que actualmente ejercen la prostitución.

5.2 Específicos

- Caracterizar socio demográficamente la población en estudio y determinar los antecedentes clínicos
- Establecer las características del ejercicio profesional en la población en estudio.
- Explorar las motivaciones para el ejercicio de la prostitución.
- Establecer la prevalencia de alteraciones citopatológicas

6. Metodología

6.1 Diseño y tipo de estudio

Se realizó un estudio de corte transversal. Se realizó una encuesta auto diligenciada (Ver anexo 1) y toma de citología cervicovaginal (de manera gratuita, mediante el programa de P&P de la institución) a las trabajadoras sexuales que asistieron al Hospital Centro Oriente (CAMI Samper Mendoza y que de manera voluntaria accedieron a participar en el estudio) y previa firma de consentimiento informado para manipulación y divulgación de datos. Para su reclutamiento se entregaron volantes de publicidad seis y tres días previos a las jornadas de toma de las muestras que se realizaron en la sede del CAMI Samper Mendoza. Las pacientes no incurrieron en gastos extras. Posteriormente las muestras biológicas fueron procesadas por el laboratorio de referencia del Hospital Centro Oriente, previa realización de contrato para dicho fin, la tabulación de los resultados obtenidos de las encuestas se realizó por el investigador, al igual que su análisis y presentación.

6.2 Planteamiento de hipótesis

Hipótesis nula

El ejercicio de la prostitución no predispone a presentar alteraciones citopatológicas en cérvix más frecuentemente.

Hipótesis alterna

El ejercicio de la prostitución predispone a presentar alteraciones citopatológicas en cérvix más frecuentemente.

6.3 Población y muestra

- Universo: Trabajadoras sexuales
- Muestra: trabajadoras sexuales que asistan al Hospital Centro Oriente (CAMI Samper Mendoza)
- Marco muestral: Las trabajadoras sexuales que voluntariamente ingresen al estudio.
- Unidad de análisis: Trabajadoras sexuales.
- Tamaño de la muestra: Con una proporción 72.8%⁽¹⁹⁾ de lesiones cervicales en trabajadoras sexuales descritas en literatura, y un tamaño poblacional aproximado de 150 trabajadoras sexuales, con un nivel de confianza del 95% y error de 0.05 el

Alteraciones citopatológicas del cérvix en trabajadoras sexuales

y sus factores asociados

Wilmer Alexander Hernández Lizarazo

tamaño muestral de 101 trabajadoras sexuales (calculado por medio del programa *Statcalc* versión gratuita).

- Método de selección Muestreo por conveniencia

6.4 Criterios de selección

Criterios inclusión

- Edad mayor de 18 años
- Pacientes voluntarias para participar en el estudio
- No distinción si hay uso y abuso de sustancias como marihuana, cocaína, alcohol o tabaquismo
- No distinción de orientación sexual
- No distinción de comorbilidades crónicas (como diabetes, HTA, síndrome anti fosfolípido, LES entre otras)
- No distinción en el tipo de prácticas sexuales
- No distinción en el método de planificación

Criterios exclusión

- Pacientes embarazadas
- Pacientes forzadas a trabajo sexual o víctimas de trata de blancas
- Discapacidad cognitiva
- Pacientes con neoplasia intraepitelial diagnosticada o en tratamiento
- Antecedentes de radioterapia o braquiterapia cervico-uterina
- Población transgénero

Criterios de eliminación

- Alteraciones mentales que puedan comprometer su estado de conciencia.
- Género masculino.
- Pacientes con histerectomía total.

6.5 Técnicas y procedimiento para la recolección de información

Encuesta mediante entrevista auto diligenciada

Se realizó un formato de recolección de datos para su auto diligenciamiento, con el fin de conocer más datos sobre la vida y los hábitos de las trabajadoras sexuales. (Ver anexo 1) Durante el diligenciamiento estuvo presente el investigador para resolver dudas y preguntas, mantuvo un estricto control sobre las encuestas manteniendo la confidencialidad. Los datos fueron manejados mediante el número de cédula y asignación de tres números consecutivos comenzando con “001” en adelante.

*6.6 Variables***Tabla 1.** Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	Tipo/Escala Medición	Codificación
Edad	Es el tiempo transcurrido entre el nacimiento de la trabajadora sexual y el día que diligencia la encuesta	Cuantitativa de razón. Persona, Variable Independiente en su relación con Presencia de Alteraciones citopatológicas.	Años cumplidos en números absolutos
Estado civil	Estado legal de la mujer que ejerce el trabajo sexual	Cualitativa nominal Persona, -	Unión libre más de dos años Unión libre menos de dos años Casada Soltera viuda
Ciudad de nacimiento	Hace referencia a la región geográfica del país de donde son naturales	Cualitativa nominal, persona	Ciudad según distribución sociopolítica de Colombia
Región de	Región geográfica donde	Cualitativa	Ciudad según distribución

procedencia	ha vivido la mayor parte de su vida	nominal, persona	sociopolítica de Colombia
Ciudad de residencia	Región geográfica donde ha vivido los últimos dos años	Cualitativa nominal, persona	Ciudad según distribución sociopolítica de Colombia
Escolaridad	Ultimo año escolar aprobado	Cualitativa ordinal, persona	Preescolar Primaria Bachillerato Técnico Tecnólogo Profesional Posgrado
Afiliación al sistema de seguridad social en salud	Es la empresa de afiliación al Plan Obligatorio de Salud de la paciente	Cualitativa nominal, persona	Contributivo Subsidiado vinculado
Actividad laboral diferente al trabajo sexual	Cualquier actividad lucrativa que genere ingresos diferentes al trabajo sexual	Cualitativa nominal, persona	Si No
Consumo de tabaco	Numero de cigarrillos que fuma en promedio al día. Tiempo que lleva fumando	Cuantitativa de razón, Persona. Variable Independiente en su relación con	Paquetes año en números absolutos
Estrato socioeconómico	Herramienta que utiliza el Estado Colombiano, para clasificar los inmuebles residenciales, en el cual se tienen en cuenta el	Cualitativa ordinal, persona	1.2.3.4.5.6

		nivel de pobreza o riqueza de los propietarios, la dotación de servicios públicos domiciliarios y la ubicación		
Vivienda		El lugar actual de residencia que puede ser Arrendada Cuando se paga por el derecho a utilizar una vivienda. Propia: Es la vivienda ocupada por el dueño de la edificación y del terreno, o sólo de la edificación. La vivienda construida con recursos propios, las construidas mediante préstamos hipotecarios ya cancelados o las adquiridas a través de otros medios.	Cualitativa nominal, persona	Propia Arriendo
Personas que depende económicamente	que	Personas menores o mayores de edad que dependan económicamente	Cuantitativa de razón. Persona,	Números absolutos
Ingreso económico promedio mensual		Promedio de ingresos total en pesos colombianos que se obtiene por el ejercicio de la prostitución	Cualitativa; ordinal persona	Menos de 1 salario minino Entre 1-2 salarios mínimos Tres o más salarios mínimos

Tiempo	Tiempo transcurrido en el ejercicio de la prostitución.	Cuantitativa de razón. Persona,	Números absolutos en meses
Edad de inicio	Edad cronológica en la que se inicia la práctica de la prostitución.	Cuantitativa de razón. Persona, Variable Independiente en su relación con Presencia de Alteraciones citopatológicas.	Números absolutos en años
Uso de preservativo en su actividad laboral	Utilización adecuada del condón masculino como método anticonceptivo y preventivo de las enfermedades de transmisión sexual.	Cualitativa nominal, dicotómica. Persona,	Si no
Uso de preservativo con su pareja	Utilización adecuada del condón masculino como método anticonceptivo y preventivo de las enfermedades de transmisión sexual	Cualitativa nominal, dicotómica. Persona,	Si no
Numero de compañeros	Estimado en número de la cantidad de personas (hombre-mujer) con la que la trabajadora mantuvo contacto sexual al día.	Cuantitativa de razón, Persona, Variable Independiente en su relación con Presencia de Alteraciones citopatológicas.	Números absolutos

Uso de sustancias psicoactivas	Uso de sustancias que actúan a través de varios mecanismos, para incrementar la acción de algunos neurotransmisores	Cualitativa, nominal, dicotómica. Persona,	Si No
Gestaciones	Número de veces que ha estado embarazada	Cuantitativa de razón. Persona,	Números absolutos
Partos	Número de veces que ha dado a luz, producto vivo o muerto	Cuantitativa de razón. Persona,	Números absolutos
Número de abortos	Cantidad de veces en las que la trabajadora sexual ha presentado abortos	Cuantitativa de razón. Persona,	Números absolutos
Aborto espontáneo	Cantidad de abortos espontáneo sin ninguna maniobra.	Cuantitativa de razón. Persona,	Números absolutos
Aborto inducido	Cantidad de abortos, con maniobras abortivas.	Cuantitativa de razón. Persona,	Números absolutos
Cesáreas	Número de intervenciones quirúrgicas a las que ha sido sometida para extraer el feto por incisión de la pared abdominal y del útero, cuando el parto no se puede culminar por sus vías naturales.	Cuantitativa de razón. Persona,	Números absolutos
Hijos vivos	Numero de descendientes naturales actualmente vivos	Cuantitativa de razón. Persona,	Números absolutos
Hijos muertos	Numero de descendientes	Cuantitativa de	Números absolutos

	naturales muertos	razón. Persona,	
Embarazos ectópicos	Es la cantidad de embarazos anormal que ocurre por fuera del útero (matriz).	Cuantitativa de razón. Persona,	Números absolutos
Pareja estable	Se refiere a tener una pareja (hombre o mujer) con la cual las una lazo afectivo o civil.	Cualitativa nominal dicotómica. Persona,-	Si No
Método de planificación	Se refiere a la técnica o utilización de métodos para el control de la natalidad.	Cualitativa nominal, Persona, Variable independiente con relación a alteraciones citopatológicas del cérvix	Preservativo masculino, DIU DIU-LNG Esterilización tubárica Inyectable ACO
Vacunación contra VPH	Quienes se hayan aplicado esquema completo	Cualitativa nominal, Persona,	Si No
Esquema de citologías	Hace referencia a la frecuencia con que la trabajadora se realiza citología cervicovaginal en años	Cuantitativa de razón. Persona,.	Anual Semestral 1-1-3 otros
Motivo para ejercer prostitución	Razón por la cual las mujeres inician la práctica de la prostitución	Cualitativa, nominal polinómica Persona,	Necesidad económica Placer No encuentra opción laboral Mantener estatus social
Alteraciones citopatológicas del cérvix	Es la presencia de ASCUS, AGUS en cérvix, detectado en la	Cualitativa, nominal dicotómica	Si No

citología

Persona.

Variable

dependiente

6.7 Control de sesgos y errores

Un solo investigador realizó la captura y procesamiento de la información para disminuir los posibles errores al manipular los datos. Las encuestas fueron marcadas con un número consecutivo, el mismo número fue utilizado como código para la muestra de citología cervicovaginal junto con la cédula de cada paciente, para garantizar la correcta entrega de resultados.

Las citologías fueron procesadas en un laboratorio citopatológico acreditado y habilitado para dicho propósito, para garantizar la veracidad y confiabilidad de la información obtenida de dichas pruebas.

6.8 Plan de análisis de los datos

Se realizó una descripción de todas y cada una de las variables, aquellas de naturaleza cualitativa se documentaron en términos de proporciones y aquellas de naturaleza cuantitativa se documentaron en medidas de tendencia central y dispersión.

Posteriormente se analizaron asociaciones de tipo esporádico para evaluar los condicionantes en la muestra en estudio que se podrían manifestar como factores de riesgo o protectores, teniendo en cuenta las alteraciones citopatológicas como variable dependiente y la edad, la edad de inicio del ejercicio de prostitución, tabaquismo, número de compañeros sexuales y planificación hormonal con ACO como variables independientes, mediante la prueba chi cuadrado para variables cualitativas y T de student para muestras independientes. Se pretendió establecer relaciones en la muestra en estudio, no extrapolables a nivel poblacional. Se mantuvo el intervalo de confianza de 95% como significativo, con un error alfa de 5%

6.9 Aspectos éticos

Para la ejecución de este proyecto se mantuvieron los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía con cada una de las participantes

quienes de manera voluntaria y libre de cualquier cohesión desearon participar del mismo. La manipulación de los datos, para los cuales se solicitó consentimiento informado, se mantuvieron reservados de manera confidencial y se manipularon de manera anónima por medio de la codificación teniendo como base el número de la cedula seguido de tres números consecutivos; se tomaron toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social. Se garantizó el carácter libre y voluntario de participar en el estudio sin que se tomaran represalias ni acciones negativas en contra de las mujeres que accedieron a la participación de este proyecto. Dentro del presente estudio no se incluyeron mujeres que se encuentren en condiciones de sometimiento a trabajo sexual o que por petición de un tercero se deban ingresar al estudio ya que esto constituye una violación a los derechos de la libertad de la mujer, lo que representaría ir en contra de los principios bioéticos y de las leyes constitucionales. El diligenciamiento por parte de las participantes de la encuesta se llevó a cabo en un lugar independiente guardando la privacidad y evitando la exposición pública o divulgación de los datos que debían ser consignados en la misma, de esta manera se garantizó la privacidad para responder de manera libre sin presiones o cohibiciones el documento posteriormente la información fue archivada y contenida en un lugar donde solo el investigador tuvo acceso.

Debido a que la realización de la citología es un examen cuyo resultado debe ser conocido por las participantes, el día en que se realizó la inclusión al estudio fueron informadas las fechas para la recolección de resultados, interpretación y direccionamiento de la paciente. Debido a que el seguimiento es por parte de la aseguradora, se remitieron los casos para manejo en EPS o EPS-S a la que tuviera vinculación la paciente.

Toda la información fue recolectada con el acompañamiento y el respaldo del Hospital Centro Oriente, que adelanta programas de prevención en la zona como parte de políticas de salud por tratarse de una zona de alto impacto social.

Según la resolución 8430/93 el presente proyecto corresponde a un estudio con riesgo mayor al mínimo dado que a pesar de que no se realiza una intervención, la población estudiada permanece bajo condiciones de vulnerabilidad, lo cual hace que esta

investigación esté basada en el conocimiento riguroso de los aspectos éticos, científicos y técnicos. Esta investigación en una población vulnerable se justifica ya que responde a las necesidades y prioridades de salud de esta comunidad y ya existen posibilidades razonables de que la población estudiada se beneficie con los resultados obtenidos de la misma.

En la investigación, cada mujer recibió información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del proyecto. Las mujeres fueron informadas del derecho o no de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a cambios en la calidad de la atención. Al terminar el estudio, se realizó una jornada de sensibilización e información sobre los resultados del estudio, así como también la importancia del auto cuidado y las prácticas saludables dentro de las cuales se enfatizó la importancia de la citología cervicovaginal como una prueba de vital importancia en la vida de la mujer.

7. Consideraciones administrativas

7.1 Cronograma

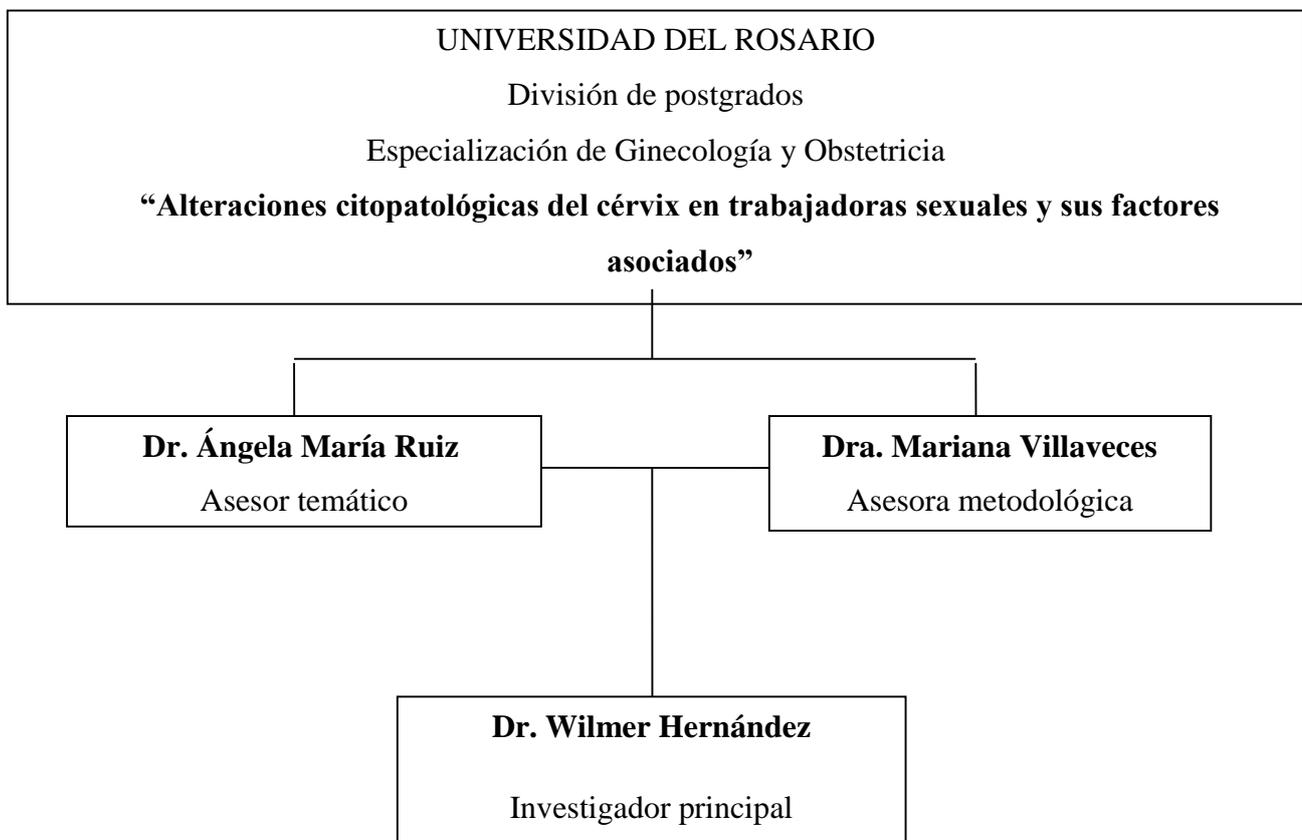
ALTERACIONES CITOPATOLÓGICAS DEL CERVIX EN TRABAJADORAS SEXUALES Y SUS FACTORES ASOCIADOS										
		Fecha de ejecución de la actividad								
Actividad	Responsable	1-6 meses	7-12 meses	13-18 meses	18-21 meses	21-24 meses	25-27 meses	28-30 meses	31-33 meses	34-36 meses
1. ALISTAMIENTO PARA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO										
Revisión de la bibliografía y realización de la propuesta de investigación	Autor									
Presentación del anteproyecto										
Revisión de anteproyecto y ajustes según correcciones pertinentes.	Autor y asesores									
2. EJECUCION DEL PROYECTO										
Recolección de datos	Autor									
Elaboración de la base de datos										
3. PROCESAMIENTO DE DATOS, ANALISIS Y RESULTADOS										
Validación de base de datos	Autor y asesor metodológico									
Análisis de los datos										
Presentación de resultados, discusión y	Autor									

Conclusiones del estudio																			
4. DIVULGACION																			
Redacción de trabajo de grado	Autor																		
Revisión de trabajo de grado																			
Presentación de informe final																			

7.2 Presupuesto

RUBROS Y RENGLONES	CANTIDAD	VAL/UNIDAD	TOTAL
<i>Personal investigativo:</i>			
Investigadores principales	2	\$ -	\$ -
Toma y lectura de citologías	110	\$ 5.600.00	\$ 616.000
COSTOS INDIRECTOS			
<i>Material fungible:</i>			
1. Resma de papel	1	\$ 30,000.00	\$ 30,000.00
2. Fotocopias de la encuesta	160	\$ 50.00	\$ 8,000.00
3. Cartuchos para impresora Canon ip1500	1	\$ 45,000.00	\$ 45,000.00
4. Esferos tinta negra	4	\$ 1,000.00	\$ 4,000.00
5. Empastado del trabajo de investigación	1	\$ 35,000.00	\$ 35,000.00
VIATICOS Y TRANSPORTE			
Transporte de investigadores	2	\$ 80,000.00	\$ 160,000.00
Viáticos de alimentación	2	\$ 80,000.00	\$ 160,000.00
TOTAL			\$ 1.094.000

7.3 Organigrama



8. Resultados

Se incluyeron un total de 102 trabajadoras sexuales para el presente estudio.

Tabla 4. *Caracterización sociodemográfica de la población en estudio*

Variable	Características	mediana	P
Edad*	Promedio	34.5 años	0.001
	Mediana	30 años	
	Min-Max	18-59	
Variable	Características	%	n
Estado civil	Soltera	57.84	59
	Unión libre menos de dos años	15.69	16
	Unión libre más de dos años	22.55	23
	Casada	0.98	1
	Viuda	2.94	3
Estrato	1	52.94	54
	2	36.27	37
	3	9.80	10
	4	0.98	1
Lugar de residencia	Bogotá	89.22	91
	Cali	3.92	4
	Medellín	2.94	3
	Pereira	1.96	2
	Santa Marta	0.98	1
	Pasto	0.98	1
Región de procedencia	Región Andina	87.25	89
	Región Caribe	4.90	5
	Región Pacífica	2.94	3
	Llanos orientales	0.98	1
	Extranjeras	3.92	4

Alteraciones citopatológicas del cérvix en trabajadoras sexuales
y sus factores asociados

Wilmer Alexander Hernández Lizarazo

Escolaridad	Sin estudio	5.8	6
	Primaria	51.96	53
	Bachillerato	33.33	34
	Técnico	7.84	8
	Profesional	0.98	1
	Posgrado	0.00	0
Número de personas a cargo	0	13.73	14
	1	16.67	17
	2	31.37	32
	3	17.65	18
	4	5.88	6
	5	7.84	8
	6	3.92	4
	7	0.98	1
	8	1.96	2
Vivienda	Propia	4.90	5
	Arrendada	95.10	97
EPS	Contributivo	18.63	19
	Subsidiado	57.84	59
	Vinculado	11.76	12
	Régimen especial	1.96	2
	No responde	9.8	10
Lugar de nacimiento	Región andina	68.6	70
	Región caribe	10.78	11
	Región pacífica	8.82	9
	Llanos orientales	7.84	8
	Extranjera	3.92	4
Sede	Cruces	1.96	2
	Jorge Gaitán	52.94	54
	Perseverancia	14.71	15
	Samper Mendoza	30.39	31
Esquema CCV	1 Vez	40.20	41
	Anual	32.35	33

Alteraciones citopatológicas del cérvix en trabajadoras sexuales
y sus factores asociados

Wilmer Alexander Hernández Lizarazo

	1-1-3	13.73	14
	F esquema	13.73	14
Embarazos	Promedio	2.4	0.71
	Min - máx.	0 - 15	
Partos	Promedio	1.3	0.84
	Min - máx.	0 - 9	
Ectópicos	Si	2.94	3
Cesárea	Si	25.49	26
Hijos vivos	1	26.47	27
	2	26.47	27
	3	12.75	13
	4	5.88	6
	5	1.96	2
	6	0.98	1
	8	1.96	2
Hijos muertos	1	0.98	1
	2	0.00	0
	3	0.98	1
Abortos	Si	36.27	37
Cuantos abortos	0	64.71	66
	1	22.55	23
	2	4.90	5
	3	3.92	4
	4	1.96	2
	5 o mas	1.96	2
Tipo de aborto (n=36)	Inducido	18	50.0
	Espontáneo	18	50.0
Cigarrillo	Si	39.22	40
Cantidad de cigarrillo (índice paquetes/año) N=40	Menos de 1/paq/año	70.59	72
	Entre 1.1 y 3 paq/año	14.71	15
	Entre 3.1 y 5 paq/año	10.78	11
	Más de 5 paq/año	3.92	4
Hace cuantos años	Cinco o menos	7.84	8

el cigarrillo	6-10	12.75	10
	11-15	7.84	8
	16-20	6.86	7
	Más de 20 años	3.92	4
Hace cuantos años	Promedio	4.8 años	0.00
cigarrillo (n=40)	Mediana	9.5 años	
	Min - Max	3 – 30 años	
Sustancias psicoactivas	Si	34.31	35

*no paramétrica

Un total de 102 mujeres fueron incluidas en el presente estudio la edad mediana de las trabajadoras sexuales fue de 30 años; más de la mitad de la población en su estado civil se encuentra soltera (57.8%) seguida por un 22.5% que refirieron estar en unión libre por más de dos años; Residen en Bogotá la mayoría de (89.22%). Los niveles de escolaridad encontrados en esta población evidencian que solo un 33.3% tienen completo el bachillerato y solo una mujer grado profesional; con excepción de un 13.7% todas las trabajadoras sexuales tienen personas a cargo, tan solo un 4.9% refieren tener una vivienda propia y más de la mitad pertenecen al régimen contributivo de seguridad social en salud.

Con respecto a los antecedentes obstétricos el 78% del paciente han estado en embarazo alguna vez y 36.2% han tenido algún aborto de los cuales el 18% fue inducido. 40 participantes (39.2%) refieren ser fumadoras de las cuales el 70.5% fuman menos de 1/paquete/año

Un tercio de las trabajadoras sexuales estudiadas consume algún tipo de sustancia psicoactiva

Tabla 5. *Características del ejercicio de la profesión*

Variable	Características	%	n
Ingreso económico	Si	31.37	32
diferente al sexual			
Ingreso mensual	promedio 1 salario mínimo	33.33	34
	Entre 1-2 salarios mínimos	39.22	40

	Más de 2 salarios mínimos	27.45	28
Pareja estable	Si	55.88	57
Promedio de parejas sexuales diarias*	Promedio	4.5	0.35
	Min - máx.	1 - 15	
Uso de preservativo con prostitución	Si	89.22	91
Uso de preservativo con pareja	Si	36.27	37
Hace cuanto ejerce la prostitución	Promedio	10.9 años	0.62
	Min - máx.	0 - 34 años	
Edad de inicio de prostitución*	Promedio	22.9 años	0.03
	Mediana	19.5 años de	
	Min - máx.	edad 8-47	
Método de planificación	Implantes de LNG	9.80	10
	DIU	15.69	16
	DIU-LNG	0.98	1
	Inyectables	6.86	7
	ACO	7.84	8
	Preservativo	19.61	20
	Esterilización tubárica	34.31	31
	Ninguno / No responde	8.8	9
Vacunación VPH	Si	0.00	0

*no paramétrica

68.6% de las mujeres estudiadas no reciben ingresos diferentes a los aportados por el trabajo sexual, 39.2% devenga aproximadamente entre 1 y 2 salarios mínimos seguidas por un 33% que refieren ganar menos de un salario mínimo legal vigente (2015). Más de la mitad de la población estudiada refiere tener una pareja estable.

El máximo de parejas sexuales diarias fue de 15, con una mediana de 4.

En el ejercicio del trabajo sexual un 89.2% utiliza condón masculino, no así con su pareja ya que menos de la mitad refiere utilizarlo (36.2%).

El método de planificación más utilizado por las mujeres estudiadas fue la esterilización tubárica.

Tabla 6. *Hallazgos en la citología*

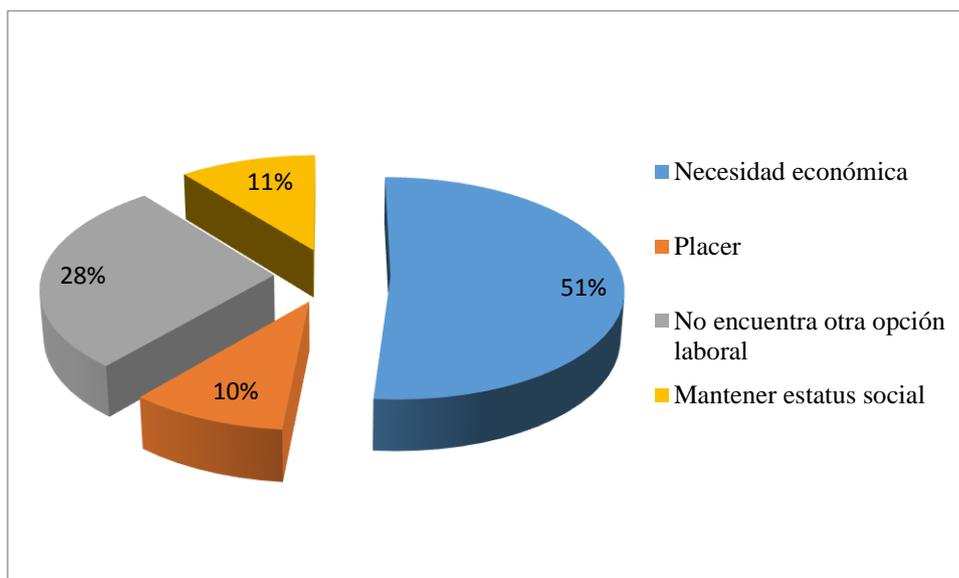
Variable	Características	%	n
Aspecto del cuello	Normal	57.84	59
Calidad de la muestra	Satisfactoria	100.0	102
	Rechazada	0.00	0
Categorización general	Negativa para LIE	91.1	93
Microorganismos	Vaginosis bacteriana	35.29	36
	Trichomonas vaginalis	1.96	2
	Candidiasis	1.96	2
	Actynomices	0.00	0
	Herpes simple	0.00	0
	Otros	34.31	35
Hallazgos no neoplásicos	Cambios por inflamación	29.41	30
	Cambios por radiación	0.00	0
	Cambios por DIU	0.00	0
	Células glandulares posthisterectomía	0.00	0
	Atrofia	2.94	3
	Células endometriales	0.00	0
Anormalidades células epiteliales	ASC-US	8.82	9
	Atipia células escamosas	0.00	0
	LEI bajo grado	0.00	0
	LEI alto grado	0.00	0
	Carcinoma escamo celular	0.00	0
Anormalidades células glandulares	Células endocervicales sin otro significado	0.00	0
	Células endocervicales sospechosas sin otro significado	0.00	0
	Células endocervicales sospechosas de neoplasia	0.00	0

Adenocarcinoma endocervical in situ	0.00	0
Adenocarcinoma in situ	0.00	0
Adenocarcinoma endometrial	0.00	0

Los resultados de las citologías cervicouterinas fueron anormales en un 8.82%, evidenciando únicamente ASC-US. Se encontraron 91.1% negativas para lesión intraepitelial, un tercio de las muestras presento hallazgos compatibles con vaginosis bacteriana y 29.4% presenta cambios por inflamación

Con el fin de explorar las motivaciones para el ejercicio de la prostitución se preguntó directamente a las trabajadoras. Ver figura 4.

Figura 2. Motivación para ejercer prostitución



Con el fin de conocer posibles la asociación de ciertas características (descritas en literatura como factores de riesgo) con la presencia de alteraciones citopatológicas en la muestra de estudio, se evaluaron la edad, la edad de inicio de prostitución, la cantidad de compañeros sexuales, el tabaquismo y la planificación hormonal como factores asociados, en dos grupos a comparar: pacientes con CCV anormal y pacientes con CCV normal.

9. Discusión

El ejercicio de la prostitución ha sido una forma empleada para obtener un sustento económico que pueda solventar la situación económica tanto de hombres como de mujeres en el distrito capital. Existen reportes de su inicio desde la antigüedad, como en Grecia, Roma, Oriente e incluso durante el cristianismo.

Esta profesión conlleva riesgos inherentes como la transmisión de enfermedades sexuales, y la infección por virus de papiloma humano entre otras. ⁽³⁶⁾

Se pretendió identificar la presencia de alteraciones en la citología de una muestra de trabajadores sexuales que trabajan en la zona de tolerancia de la capital, con el fin de describir las principales características, estimar la prevalencia de alteraciones en CCV.

Llama la atención la baja frecuencia de anomalías citológicas encontrada en la población de trabajadoras sexuales estudiada, que es altamente contrastante y distante de lo reportado en la literatura. Reportes previos han descrito una prevalencia de anomalías citológicas que va desde el 24.4% según R Mak y col ^{(3)(12) (21).(22)} hasta un 64.4% según Alex Vorsters y colaboradores⁽²⁵⁾

Solo dos estudios, uno realizado en Lima ⁽³⁷⁾ y otro en Singapur encontraron un porcentaje de e alteraciones en la citología similar a la encontrada en el presente estudio (7.5% y 11,7 respectivamente de alteraciones), pero con hallazgos sugestivos de lesiones intraepiteliales de alto grado mayores a los evidenciadas en el presente estudio. ⁽³⁸⁾

Las diferentes etapas en la violencia que por más de 50 años se ha vivido en Colombia ha generado una serie de condiciones especiales que conllevan a que muchas poblaciones se hayan puesto en estados vulnerables, impactando esto en aspectos económicos sociodemográficos y de salud; Colombia se encuentra en el puesto 145 de 160 en nivel de desigualdad según el índice de Ginni⁽³⁹⁾, en Sur América tan solo por encima de países como Brasil y Bolivia, esta inequidad también se ve reflejada internamente en las desigualdad de género y violencia hacia la mujer, desde 1997 al 1 de diciembre de 2013 han sido registradas oficialmente 5.185.406 personas desplazadas internas con un impacto desproporcionado en la población afrocolombiana y las comunidades indígenas, las mujeres se encuentran entre los grupos de población más golpeados por el conflicto que vive el país⁽³⁹⁾. El Gobierno ha registrado a más de un millón seiscientas mil mujeres como desplazadas forzadamente. Muchas de ellas

huyeron para evitar ser reclutadas por los grupos armados, o para evitar que sus hijos o hijas lo fueran. También escapan de riesgos de violencia, explotación o abuso sexual, o de la posibilidad de ser “castigadas” por su pertenencia a organizaciones sociales, comunitarias o políticas de mujeres.

Las mujeres también asumen nuevas cargas después del desplazamiento forzado. Se encontró que el 43% de las familias desplazadas tiene jefatura femenina, y entre ellas, en 68 de cada 100 casos las mujeres desplazadas cabeza de familia no tienen pareja. (39)

Se encontró que la edad media de las mujeres estudiadas que ejercen el trabajo sexual corresponde a la edad media que se encuentran en los estudios realizados, y reportados⁽²⁰⁾⁽²²⁾, y que corresponde a la segunda y tercera década de la vida

Llama la atención, las edades mínimas y máximas para el inicio del trabajo sexual. El hecho que niñas desde antes de entrar en la adolescencia ya se encuentran expuestas a trabajo sexual (11.7% antes de los 18 años) ,constituye primeramente una agresión clara de los derechos de la niñez, que priva a un grupo de niñas del disfrute y libre desarrollo de la niñez y la adolescencia y que , también limita sus opciones para acceder a la educación mejorar sus calidad de vida, por otro lado se ha encontrado que debido a que Un intervalo corto entre la menarquia y FSI fue un factor de riesgo de anomalías citológicas y la enfermedad cervical de alto grado(40)

Los motivos por los cuales se ejerce este oficio fueron la necesidad económica y la falta de opciones laborales con un 80% brindando esto una visión nueva sobre como la mujeres de distintas regiones del país e incluso de la capital llegan en busca de opciones que generen sustento económico, descripciones en la literatura sobre las motivaciones que tienen las mujeres para ingresar en la prostitución coinciden con las razones que se encontraron en la presente investigación siendo el factor económico la principal razón(41):

los hallazgos del estudio que son totalmente distintos de lo publicado y esperado, dado que son un grupo de mujeres que presentan factores y cofactores de riesgo para presentar alteraciones citológicas del cuello uterino según la literatura; este coincidente hallazgo podría deberse a la baja sensibilidad de la citología, a falsos negativos ocasionados por errores en el procesamiento, manipulación o lectura de las muestras, a

prácticas relacionadas con distintos hábitos higiénicos que presentan estas mujeres y que podrían interferir de manera sustancial con los hallazgos e interpretación de la citológica, como la utilización excesiva de preparados con mezclas de diferentes antibióticos vaginales, lubricantes, un sin número de objetos extraños (gasas, algodón, esponjas de cocina) y duchas con sustancias alcalinas (agua carbonatada)(42).

En el estudio de Roy Chan y col, en el que se llevó a cabo una investigación comparativa entre la citología, colposcopia y detección de VPH por técnica de PCR, se encontró que tomando como estándar de referencia los hallazgos histológicos de VPH la sensibilidad para la citología, la colposcopia y el PCR fue de 12%, 80% y 46% respectivamente, ⁽³⁸⁾ con lo cual se podría sospechar que la citología no presenta un adecuado rendimiento como prueba de tamización para infección por HPV o lesiones asociadas en mujeres trabajadoras sexuales.

Grupa y col (43) analizaron los factores que dificultan el diagnóstico de lesiones de alto grado por medio de la citología cervicovaginal y encontraron que la baja celularidad es un factor importante para que el citotecnólogo pueda clasificar adecuadamente una muestra; también encontraron que la manera en que se realiza la fijación y secado de las láminas es otro factor que disminuye en gran medida la confiabilidad del espécimen, siendo el secado al aire libre uno de los factores que más influye en la conservación de la muestra; podría haber sido este un elemento importante a tener en cuenta ya que todas las muestras del presente estudio fueron tomadas en un consultorio fijadas y secadas al aire libre y posteriormente transportadas al laboratorio para su análisis.

Se presentan limitaciones de la presente investigación ya que se trata de un estudio descriptivo de corte transversal el cual no permite realizar seguimiento o extrapolación de los hallazgos a la totalidad de las trabajadoras sexuales debido a que el cálculo del tamaño de la muestra se basó en prevalencia esperada mucho mayor de alteraciones en la citología cervicovaginal de las trabajadoras sexuales, el cálculo muestral podría haber jugado un papel importante al no estimar de manera eficaz la totalidad de mujeres necesarias para encontrar otros resultados. La selección de las pacientes se realizó como un muestreo por conveniencia haciendo esto que otros grupos diferentes de trabajadoras sexuales de otras zonas o regiones presenten diferentes comportamientos diferentes con lo cual los hallazgos difieran. La posibilidad de fallas en el procesamiento de la muestra ya que todas fueron transportadas desde el sitio de toma hasta el lugar de procesamiento

previa citofijación al ambiente con lo que podría interferir en la celularidad de las muestras y así mismo generar un sesgo al interpretarla ; la información obtenida de la entrevistas auto diligenciada podría tener sesgos de información ya que al realizar preguntas sensibles y que intervienen en la privacidad de las mujeres se podría caer en el errores de falsear datos por parte de las participantes y así no poner en conocimiento aspectos íntimos. Es posible que la muestra usada para el análisis no fuera suficiente a pesar de haber cogido un periodo amplio de estudio.

Debido a que el presente estudio no es estudio analítico, y se requiere una mayor población para establecer relaciones de casualidad o asociaciones estadísticas, es de vital importancia la realización de estudios más amplios para determinar el papel que tienen las características descritas en el presente trabajo y la práctica del trabajo sexual en el impacto de las patologías del cuello uterino, sin embargo, el presente estudio brinda la base metodológica para el inicio de exploraciones de mayor profundidad.

10. Conclusiones

- La alteración citopatológica del cérvix que se encontró en una muestra de trabajadoras sexuales fue ASCUS en un 8.2%.
- La población de trabajadoras sexuales representa un grupo de difícil abordaje por las condiciones sociodemográficas y de movilidad, por su marginalización y el anonimato al cuál están sometidas. Como población vulnerable amerita un especial cuidado y protección a través de programas de salud sexual reproductiva y de integración a la sociedad que permitan realizar intervenciones oportunas y eficaces frente a las problemáticas presentadas
- La principal motivación para el ejercicio del trabajo sexual fue el no encontrar opción laboral seguida de la necesidad económica.

11. Recomendaciones

Se debería cuestionar la práctica de CCV como prueba única de tamizaje en esta población ya que es claro que se encuentra expuesta a múltiples factores de riesgo relacionados con la génesis de neoplasia a nivel del cuello uterino; de esta manera si se amplían los estudios para detección de enfermedades premalignas se generara un impacto en la salud pública ya que al ser un grupo vulnerable en la sociedad requiere de intervenciones eficaces y concreta: de igual forma estas medidas de salud sobre las trabajadoras sexuales deberían ser parte de los requerimientos mínimos para el ejercicio de la prostitución en la capital, manteniendo así un mejor control sobre las patologías prevalentes en esta población .

12. Bibliografía

1. Ortiz G, Torres J. Crónicas de Damas de Compañía para pensar una ciudad en paz y en Santa Fe.
2. Vandepitte J, Lyerla R, Dallabetta G, Crabbé F, Alary M, Buvé a. Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2006 Jun [cited 2014 Sep 9];82 Suppl 3:iii18–25. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2576726&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
3. Núñez JT, Delgado M, Girón H, Pino G. Prostitution and other cofactors in preinvasive and invasive lesions of the cervix. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2004 Jun;44(3):239–43. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15191449>
4. José Carlos Azaña Quispe. Prostitución femenina: Historia de vida de mujeres que ejercen el trabajo sexual. Centro de Salud Tahuantinsuyo Bajo. 2004;
5. Ramzi S, Cotran, Stanley L, Robbins K y colaboradores. *Patología Funcional Y Estructural de Robins 7º edición*. Madrid España. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.,. 2005. 1475 p.
6. Gómez DT, Santos JL. HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION AND CERVICAL CANCER : PATHOGENESIS AND EPIDEMIOLOGY. 2007;680–8.
7. Hussein WM, Anwar WA, Attaleb M, Mazini L, Försti A. A review of the infection-associated cancers in North African countries. *Infect Agent Cancer* [Internet]. *Infectious Agents and Cancer*; 2016;1–12. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1186/s13027-016-0083-8>
8. Silva J, Cerqueira F, Medeiros R. Chlamydia trachomatis infection: Implications for HPV status and cervical cancer. *Arch Gynecol Obstet*. 2014;289(4):715–23.
9. CONTRALORIA DE BOGOTA D.C. ESTUDIO SECTORIAL “LA PROSTITUCION COMO PROBLEMÁTICA SOCIAL EN EL DISTRITO CAPITAL” [Internet]. BOGOTA; 2004. Available from:
<http://pqr.contraloriabogota.gov.co/intranet/contenido/informes/Sectoriales/Direc>

- cion Sector Salud e Integracion Social/- La Prostitucion como Problematica Social en el Distrito Capital.pdf
10. Thomas DB, Ray RM, Kuypers J, Kiviat N, Koetsawang a, Ashley RL, et al. Human papillomaviruses and cervical cancer in Bangkok. III. The role of husbands and commercial sex workers. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2001 Apr 15;153(8):740–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11296145>
 11. Española RA. Aprendizaje. In: Calpe E, editor. *Diccionario de la Real academia de la lengua española*. 2011.
 12. de Sanjosé S, Palacio V, Tafur L, Vazquez S, Espitia V, Vazquez F, et al. Prostitution, HIV, and cervical neoplasia: a survey in Spain and Colombia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* [Internet]. 1993;2(6):531–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8268769>
 13. Ofelia D, Guerra V. PROSTITUCIÓN INFANTIL. UN PROBLEMA EN LA ACTUALIDAD. *Rev Psiquiatr Y Psicol DEL NIÑO Y EL Adolesc*. 2008;8(1):35–51.
 14. JOSE CARLOS AZAÑA QUISPE. PROSTITUCION FEMENINA: HISTORIA DE VIDA DE MUJERES QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL CENTRO DE SALUD TAHUANTINSUYO BAJO. 2004;
 15. Término “Prostitución.” In: Wikipedia. 2013.
 16. BOgota AM de. Decreto 400 de 2001. Por el cual se define la localización de las zonas de tolerancia y se reglamentan las condiciones para su funcionamiento. In 2001.
 17. BOgota AM de. Decreto 188 de 2002. Por el cual se modifica el Decreto 400 de 2001, en lo relativo a las condiciones de localización y funcionamiento de los establecimientos destinados al trabajo sexual y otras actividades ligadas". In 2002.
 18. BOgota AM de. Decreto 335 de 2009. Por medio del cual se modifica parcialmente el Decreto Distrital 187 de 2002, se derogan los Decretos Distritales 400 de 2001 y 188 de 2002 y se establecen algunas disposiciones frente a los usos de alto impacto referidos a prostituci. In 2009.
 19. Alcaldía Mayor de BOgotá. Bogotá Humana Programa de desarrollo 2012-2016. In.

20. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of. 2013;1–27.
21. Mak R, Van Renterghem L, Cuvelier C. Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2004;80(2):118–20. Available from: <http://sti.bmj.com/cgi/doi/10.1136/sti.2002.003749>
22. Gitsch G, Kainz C, Reinthaller a, Kopp W, Tatra G, Breitenecker G. Cervical neoplasia and human papilloma virus infection in prostitutes. *Genitourin Med* [Internet]. 1991 Dec;67(6):478–80. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1194772&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
23. John W Sellors RS. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical : Manual para principiantes. 2003.
24. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJLM, Shah K V. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Bmj*. 2002;(January).
25. Vorsters A, Cornelissen T, Leuridan E, Bogers J, Broeck D Vanden, Benoy I, et al. Prevalence of high-risk human papillomavirus and abnormal pap smears in female sex workers compared to the general population in Antwerp , Belgium. *BMC Public Health* [Internet]. *BMC Public Health*; 2016;1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3099-5>
26. Alba A, Cararach M. The Human Papillomavirus (HPV) in Human Pathology : Description , Pathogenesis , Oncogenic Role , Epidemiology and Detection Techniques. 2009;90–102.
27. Gichangi P, De Vuyst H, Estambale B, Rogo K, Bwayo J, Temmerman M. HIV and cervical cancer in Kenya. *Int J Gynecol Obstet*. 2002;76(1):55–63.
28. Smith JS, Muñoz N, Herrero R, Eluf-Neto J, Ngelangel C, Franceschi S, et al. Evidence for Chlamydia trachomatis as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer in Brazil and the Philippines. *J Infect Dis* [Internet]. 2002;185(3):324–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11807714>
29. Koskela P, Anttila T, Bjørge T, Brunsvig a, Dillner J, Hakama M, et al. Chlamydia trachomatis infection as a risk factor for invasive cervical cancer. *Int J Cancer*. 2000;85(August 1999):35–9.

30. Society AC. Cancer de cuello uterino, qué es el cáncer? Fig Cancer Facts. 2014;Atlanta, G.
31. Khusen D, Purwoto G, Rachimhadhi T, Purwoto G, Rachimhadhi T, Serviks K. Pregnancy with Cervical Cancer. 2013;40(7):504–7.
32. Priebe AM. 2012 cervical cancer screening guidelines and the future role of HPV testing. Clin Obstet Gynecol [Internet]. 2013 Mar;56(1):44–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23337843>
33. Hong Y, Zhang C, Li X, Lin D, Liu Y. HPV and cervical cancer related knowledge, awareness and testing behaviors in a community sample of female sex workers in China. BMC Public Health [Internet]. BMC Public Health; 2013 Jan [cited 2014 Sep 9];13(1):696. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3733604&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
34. Leung KM, Yeoh GPS, Cheung HN, Fong FY, Chan KW. Prevalence of abnormal Papanicolaou smears in female sex workers in Hong Kong. Hong Kong Med J [Internet]. 2013 Jun [cited 2014 Sep 9];19(3):203–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23650200>
35. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJLM, Shah K V., Walboomers JMM, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: The IARC multicentric case-control study. Lancet. 2002;359(9312):1085–92.
36. Mondal S, Basak B, Roy D, Mandal P, Sinha S. Evaluation of vaginal cytology in female sex-workers: A study in a tertiary hospital of eastern India. J Cytol [Internet]. 2014;31(1):7. Available from: <http://www.jcytol.org/text.asp?2014/31/1/7/130613>
37. Access HP, 04. A manuscript IJSA manuscript; available in P 2016 J, Doi:10.1258/ijsa.2011.011193. P in final edited form as: IJSA 2012 A; 23(4): 242–247., Human papillomavirus prevalence, cervical abnormalities and risk factors among female sex workers in Lima P, B Brown, PhD*, †, M M Blas, PhD†, ‡, A Cabral, BA*, G Byraiah, MHS* CG-G, PhD§. Human papillomavirus prevalence, cervical abnormalities and risk factors among female sex workers in Lima, Peru. Int J STD AIDS. 2012;23(4):242–7.
38. Frcep RC, Mrcp LK, Chung K, Mbbs F, Mmed S, O LIWM, et al. A comparative

- study of cervical cytology , colposcopy and PCR for HPV in female sex workers in Singapore. 2001;159–63.
39. Las mujeres refugiadas y desplazadas en el continente americano_ ACNUR_ La Agencia de la ONU para los Refugiados [Internet]. 2012. Available from: <http://www.acnur.org/el-acnur/eventos/dia-internacional-de-la-mujer-2010/las-mujeres-refugiadas-y-desplazadas-en-el-continente-americano/>
 40. Ruiz ??ngela Mar??a, Ruiz JE, Gavilanes AV, Eriksson T, Lehtinen M, P??rez G, et al. Proximity of first sexual intercourse to menarche and risk of high-grade cervical disease. *J Infect Dis.* 2012;206(12):1887–96.
 41. Ts-- S, Shaaban KA, Singh S, Elshahawi SI, Wang X, Larissa V, et al. “Whatever I have, I have made by coming into this profession”: The intersection of resources, agency, and achievements in pathways to sex work in Kolkata, India Dallas. 2014;67(3):223–30.
 42. Sagay AS, Imade GE, Onwuliri V, Egah DZ, Grigg MJ, Musa J, et al. Genital tract abnormalities among female sex workers who douche with lemon/lime juice in Nigeria. *Afr J Reprod Health.* 2009;13(1):37–45.
 43. Article O. Why is high grade squamous intraepithelial neoplasia under-diagnosed on cytology in a quarter of cases ? Analysis of smear characteristics in discrepant cases. 2004;41(3).

13. Anexos

13.1 Anexo 1. *Instrumento de recolección de datos*

“De antemano agradecemos por su participación libre y voluntaria en el presente estudio. Para diligenciar esta encuesta por favor sea lo más sincera posible”

ALTERACIONES CITOPATOLOGICAS DEL CERVIX ASOCIADAS A TRABAJADORAS SEXUALES

1-Edad _____

2-Estado civil:

a-unión libre más de dos años

B-unión libre menos de dos años

c-soltera

d-casada

e-viuda

3-Lugar de nacimiento: _____

4-Ciudad donde vivió la mayor parte de su vida _____

5-Ciudad donde reside actualmente _____

6-Ultimo grado aprobado (primaria, bachillerato, técnico, profesional) _____

7-Afiliación a seguridad social

a-Contributivo

b-Subsidiado

c-Vinculado

8-Tiene algún ingreso laboral diferente al trabajo sexual

Si _____ no _____

9-Fuma

a-No

B-Si hace cuantos años _____ cuántos cigarrillos al día _____

10-Estrato socioeconómico _____

11-Número de personas que dependen económicamente de usted _____

12-En promedio su ingreso mensual es de:

a-menos de 616.000 pesos

b-entre 616.000 y 1.232.000

c-más de 1.232.000 pesos

13-Tiene pareja estable: si _____ no _____

14-Hace cuantos años ejerce la prostitución _____

15-A qué edad inicio la práctica de la prostitución? _____

16-Usa preservativo en todas las relaciones sexuales

Si _____ no _____

17-Cuantas parejas sexuales tiene a diario en promedio _____

18- ¿Utiliza algún tipo de droga ilegal (sustancias psicoactivas)? Si _____ no _____

19-Cuantas veces ha estado embarazada _____

20-Cuantos partos vaginales ha tenido _____

21-Cuantas cesáreas ha tenido _____

Alteraciones citopatológicas del cérvix en trabajadoras sexuales
y sus factores asociados

Wilmer Alexander Hernández Lizarazo

22-Ha tenido abortos

a-No

b-Si cuantos_____ espontáneos _____ inducidos _____

23-Ha presentado embarazos ectópicos (fuera del útero) si_____ no _____

24-Con que método planifica_____

25-Cuando fue su última citología? _____

26-Cual es el motivo para ejercer la prostitución:

- A. Necesidad económica
- B. Placer
- C. No encuentra otra opción laboral
- D. Mantener estatus social

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento Informado para estudio

**ALTERACIONES CITOPATOLÓGICAS DEL CERVIX
ASOCIADAS A TRABAJADORAS SEXUALES**

Hospital Centro Oriente, CAMI Samper Mendoza – Universidad del Rosario

Grupo investigador:

Dra. Ángela Ruiz

Dra. Mariana Villaveces

Dr. Wilmer Hernandez Lizarazo

El propósito de este documento es informar a los participantes de esta investigación por medio de una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol como participantes. Previo a la firma del presente consentimiento se le aclararán todas las dudas que tenga sobre la investigación, sus procedimientos e implicaciones que tendrá en su diagnóstico.

El objetivo de este estudio es establecer las alteraciones más frecuentes citopatológicas del cérvix en una población de trabajadoras sexuales que ejercen la prostitución.

Al acceder de manera libre y voluntaria a participar en este estudio, se le tomará una citología cervicovaginal como parte del programa de Promoción y prevención del Hospital Centro Oriente. Esto tomará aproximadamente algunos minutos de su tiempo, nada adicional al examen de rutina. No se ve afectada su vida en ningún momento. Tampoco presenta ningún posible evento adverso ni dolor durante el examen o después. Estos registros serán tabulados en una base de datos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntario. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algún procedimiento le parece incómodo, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación y he sido informada que el objetivo de este estudio es _____

Me han indicado que la participación en el presente estudio tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a **Dr. Wilmer Hernandez Lizarazo** al teléfono **2 68 52 21- 368 54 49**

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Alteraciones citopatológicas del cérvix en trabajadoras sexuales
y sus factores asociados

Wilmer Alexander Hernández Lizarazo

Nombre del testigo

Firma del testigo

Fecha

(en letras de imprenta)

ANEXO 3. Volante informativo

JORNADA DE CITOLOGÍAS
EL HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E. II NIVEL
Y LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

FECHA: _____
LUGAR: _____
HORA: _____



LAS ESPERAMOS LA TOMA ES GRATUITA



JORNADA DE CITOLOGÍAS
EL HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E. II NIVEL
Y LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

FECHA: _____
LUGAR: _____
HORA: _____



LAS ESPERAMOS LA TOMA ES GRATUITA



Anexo 4.



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Acreditación institucional de alta calidad
Ministerio de Educación Nacional
Evaluación Institucional
Asociación Europea de Universidades

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN (CEI)
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD (EMCS)
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

CEI- ABN026- 000410

Bogotá, 10 de noviembre de 2014

Doctor
WILMER ALEXANDER HERNÁNDEZ LIZARÁZO
Investigador
Protocolo: **“ALTERACIONES CITOPATOLÓGICAS DEL CERVIX
ASOCIADAS A TRABAJADORAS SEXUALES”**
Bogotá, D. C.

Respetado Doctor Hernández:

En reunión del día jueves 6 de noviembre de 2014, el Comité de Ética en Investigación, mediante Acta No. 276, llevada a cabo a las 7:00 a. m. en la sala de juntas del CICUR, EMCS, a la que asistieron los siguientes miembros que cumplen el quórum mínimo deliberatorio de cinco personas.

- Ramon Fayad Nafah, Presidente
- Martha Rocío Torres N., Secretaria Técnica (E).
- Angela María Ruíz S, Gineco-obstetra
- Alberto Vélez Van Meerbeke, Neuropediatra.
- Luisa Fernanda Ramírez R., psicóloga
- Mireya Mora, Representante de los estudiantes.
- Ricardo Alvarado, Médico salubrista.
- Pablo Emilio Moreno, Representante de la comunidad.
- Yolanda Casallas Buitrago, Auxiliar Administrativa.

Se realizó la presentación de la comunicación emitida por usted el día 6 de noviembre de 2014 donde adjunta los siguientes documentos:

- Protocolo de la Investigación.
- Consentimiento Informado.

Luego de haber tenido en cuenta las observaciones efectuadas, el Comité de Ética en Investigación, aprueba el protocolo.

Carrera 24 No. 63C-69 Quinta Mutis -
Teléfono: 3474570 Ext. 380-249
Fax: 3474570 Ext. 210


UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Acreditación institucional de alta calidad
Ministerio de Educación Nacional
Evaluación internacional
Asociación Europea de Universidades

**COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN (CEI)
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD (EMCS)
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**

MIEMBROS

RAMÓN FAYAD NAFFAH
FÍSICO Y MATEMÁTICO, PRESIDENTE

ALBERTO VELEZ VAN MEERBEKE
MÉDICO - NEUROPEDIATRA

ANDRÉS FRANCISCO PINZÓN MANZANERA
ABOGADO, ESPECIALISTA EN DERECHO ADMINISTRATIVO

ÁNGELA MARÍA RUIZ STERNBERG
MÉDICA - GINECO-OBSTETRA, EPIDEMIOLOGA

CARLOS ENRIQUE TRILLOS PEÑA
EPIDEMIOLOGO

EDITH MIREYA MORA
GERENTE HOSPITALARIA - REPRESENTANTE DE LOS ESTUDIANTES

LUISA FERNANDA RAMÍREZ
PSICÓLOGA

MARTHA ROCÍO TORRES NARVAEZ
FISIOTERAPEUTA

PABLO EMILIO MORENO MARTÍN
TRABAJADOR SOCIAL Y MAGISTER EN ESTUDIOS DE LA FAMILIA

RICARDO ÁLVARADO SÁNCHEZ
MÉDICO SALUBRISTA

SERGIO ANDRÉS AMAYA
PSICÓLOGO Y MÉDICO

XIMENA PALACIOS ESPINOSA
PSICÓLOGA

YOLANDA ISABEL CASALLAS BUITRAGO
ADMINISTRADORA DE EMPRESAS, AUXILIAR ADMINISTRATIVA

Queremos recordarle que debe entregar a este Comité los reportes de avance cada seis meses y de finalización.

Este Comité se rige por los lineamientos jurídicos y éticos del país a través de las resoluciones 008430 de 1993 y 002378 de 2008 del Ministerio de la Protección Social. Igualmente, se siguen las normas contempladas en la declaración de Helsinki (Seúl, Corea 2008) y de la Conferencia Mundial de armonización para las Buenas Prácticas Clínicas.

Cordialmente,


RAMON FAYAD NAFFAH
Presidente CEI
c.c. Archivo

Carrera 24 No. 63C-69 Quinta Mutis -
Teléfono: 3474570 Ext. 380-249
Fax: 3474570 Ext. 210

Anexo 5.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Centro Oriente

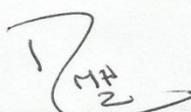
**EL SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
DEL HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E II NIVEL**

CERTIFICA QUE

El Dr. WILMER HERNÁNDEZ LIZARAZO identificado con C.C No. 1.018.407.477 de Bogotá, residente de ginecología y obstetricia de la Universidad del Rosario, se encuentra realizando el trabajo de grado "Alteraciones citopatológicas del cérvix asociadas a trabajadoras sexuales" en el Hospital Centro Oriente E.S.E II Nivel sede Samper Mendoza, con el acompañamiento de la coordinación de promoción y prevención en representación de la Jefe María Olimpia Acosta Acosta, llevando a cabo las siguientes actividades:

- Toma de citologías cervicovaginales
- Entrevistas a las pacientes objeto del trabajo de grado
- Socialización de los resultados del estudio

Lo anterior se expide a solicitud del interesado a los dieciséis (16) días del mes de septiembre, 2014.



REYES MURILLO HIGUERA
Subgerente de Servicios de Salud
Celular: 317-5738952
Email: misional@esecentrooriente.gov.co

Funcionario/Contratista	Nombre	Firma	Fecha
Proyectado por:	Reyes Murillo Higuera. – Subgerente Servicios de Salud		16-09-2014

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales.

Nit. 830077644-5
Diag 34 No. 5-43 Tels: 2882550/2458134/3444484
www.esecentrooriente.gov.co
centrooriente@esebogota.gov.co
AGI-FT-193 V3



**HOSPITAL
CENTRO ORIENTE E.S.E.
II NIVEL**



**BOGOTÁ
HUMANAN**