

REPÚBLICA DE CUBA.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. JOSÉ ASSEF YARA

CIEGO DE ÁVILA

CENTRO PROVINCIAL DE HIGIENE, EPIDEMIOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA.

***TÍTULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CÉRVICO
UTERINO.ÁREAS DE SALUD NORTE Y BELKIS.MUNICIPIO CIEGO DE ÁVILA.***

**“TESIS EN OPCIÓN A EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN PRIMER
GRADO EN HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA”**

AUTOR: DOCTORA MARYLIN FAJARDO MENDOZA.

AÑO 2014

REPÚBLICA DE CUBA.

“UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA”

CENTRO PROVINCIAL DE HIGIENE, EPIDEMIOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA.

***TÍTULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER CÉRVICO
UTERINO.ÁREAS DE SALUD NORTE Y BELKIS.MUNICIPIO CIEGO DE ÁVILA.***

**“TESIS EN OPCIÓN A EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN PRIMER
GRADO EN HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA”**

AUTOR: DOCTORA MARYLIN FAJARDO MENDOZA

ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.

TUTOR: DOCTOR JOSÉ RAMÓN ARTIGAS SERPA.

ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN DIRECCIÓN DE SALUD.

MASTER EN EPIDEMIOLOGÍA.

PROFESOR ASISTENTE.

**INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: CENTRO PROVINCIAL DE HIGIENE,
EPIDEMIOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA.**

AÑO 2014

PENSAMIENTO:

Más útil que el arte de curar consiste en evitar una enfermedad y prever de ella por medios naturales violentos inevitablemente dañinos, la higiene va siendo ya, la verdadera medicina y con un tanto de atención cada cual puede ser un poco médico de sí mismo.

José Martí.

DEDICATORIAS:

A mi princesita Marianny que es mi tesoro más valioso.

A mi esposo por su comprensión y ayuda incondicional en el cuidado de nuestra pequeña para yo poder culminar la especialidad.

AGRADECIMIENTOS:

Esta tesis forma parte de un largo período de preparación profesional por lo que deseo recordar con profunda gratitud a todas aquellas personas que me ofrecieron su ayuda sincera para que fuera posible la realización de este trabajo, a mis compañeros , y a mis profesores, especialmente a mi tutor el doctor Artigas por dedicarme su valioso tiempo.

RESUMEN:

Se realizó una investigación con un diseño observacional analítico retrospectivo de casos y controles pareado 1:1, con el objetivo de identificar la asociación de los factores de riesgo con el cáncer cérvico uterino en mujeres entre 25 y 64 años pertenecientes al Área Norte y Belkis, durante el período comprendido de enero del 2009 a diciembre del 2013.

El universo de estudio estuvo constituido por todas las pacientes comprendidas en el grupo de 25 a 64 años de edad diagnosticadas de cáncer cérvico uterino según los registros existentes en la consulta de patología de cuello del hospital provincial “Antonio Luaces Iraola”, el registro estadístico provincial de casos positivos de esta enfermedad. Los controles se seleccionaron en la comunidad de residencia de los casos y se parearon por el grupo de edad.

Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario que se aplicó a cada grupo, siendo introducidos en una base de datos del paquete de programas EPIINFO 6.04D.

En nuestro estudio resultó que, el hábito de fumar, los antecedentes familiares de cáncer cérvico uterino, los antecedentes personales de sepsis vaginal, la multiparidad, los antecedentes personales de aborto, y la conducta sexual fueron los factores de riesgo que se asociaron de manera significativa.

Palabras claves: Factores de riesgo, Cáncer cérvico uterino.

INDICE:

I. INTRODUCCIÓN:.....	1-4
II. OBJETIVOS:	5
III. MARCO TEÓRICO:.....	6 -15
IV. MATERIAL Y MÉTODO:	16-26
V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:.....	27-49
VI. CONCLUSIONES:	50
VII. RECOMENDACIONES:	51
VIII. BIBLIOGRAFÍA:.....	52-60
IX. ANEXOS:.....	61-62

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer ha acompañado a la humanidad a través de toda su existencia y esto no ha sido ajeno al conocimiento del hombre, lo cual queda demostrado en muchos manuscritos antiguos. Actualmente ocupa un lugar particular en la problemática científica, e inquieta por igual tanto a los pueblos como a sus representantes. Debido a que constituye una de las primeras causas de muerte a nivel mundial con más de cinco millones de fallecidos anualmente, manifestándose la tendencia en las mujeres a tener mayor predisposición a desarrollarlo. ⁽¹⁾

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial y es la principal causa de muerte por enfermedades malignas en las mujeres de los países en desarrollo, según las últimas recopilaciones de los datos mundiales cada año se producen en el mundo, alrededor de 500 000 nuevos casos y cerca del 80 % corresponde a los países en desarrollo. Mueren anualmente 272 000 mujeres por esta causa. ⁽²⁾En termino de mortalidad, el cáncer invasor del cuello del útero produce en todo el mundo la muerte de aproximadamente 231 000 mujeres por año y más del 80 % de estas defunciones se producen en los países en desarrollo. Las regiones más afectadas por este tipo de cáncer son: África Meridional, Centroamérica, África Oriental y América del Sur. ^(3,4)

Actualmente, es uno de los problemas sanitarios más grandes en América Latina y el Caribe y, a pesar de disponer de una tecnología eficaz en la prevención primaria y secundaria de salud, más de 30 000 mujeres latinoamericanas mueren por esta causa cada año y se detectan casi 68 000 nuevos casos. Se ha demostrado que el cuello del útero es la parte del organismo femenino más susceptible a presentar neoplasia ⁽⁵⁾.

En los países desarrollados con la introducción de programas de detección precoz se ha observado una disminución significativa de la incidencia y mortalidad por CCU. En los países en vías de desarrollo por el contrario existe una tendencia a incrementarse, lo cual refleja una falla importante en el sistema de salud. Es por ello necesario fortalecer la capacidad de diagnóstico y tratamiento de lesiones de la patología cervical tempranamente. El mayor hincapié debe hacerse en las lesiones pre canceroso, opinión que comparten y enfatizan los diferentes investigadores de la

Organización Mundial de la Salud (OMS), dedicados a los aspectos epidemiológicos relacionados con el CCU⁽⁶⁾.

Se estima que un número superior al millón de mujeres padecen actualmente de cáncer cérvico uterino en el mundo, la mayoría de las cuales no están diagnosticadas o carecen de acceso a tratamientos que podrían curarlas o prolongarles la vida⁽⁷⁾.

En nuestro país desde 1967 se implantó el Programa Nacional de diagnóstico precoz del Cáncer Cérvico Uterino, el cual plantea la realización de la citología al 100% de las mujeres entre 25 y 64 años con vida sexual activa, el objetivo fundamental del programa es contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación en las mujeres, realizado por el sistema nacional de salud en coordinación con las demás instituciones del Estado^(8,9).

Los programas masivos de pesquisaje para el cáncer de cuello uterino, mediante la toma de la citología cervical (Papanicolaou), han permitido reducir el número de casos en estadíos avanzados, ya que el procedimiento permite detectar lesiones en fase temprana de la enfermedad, en más del 90.0% de las pacientes. No obstante, tales programas son limitados en su cobertura, o las pacientes no asisten de manera regular a los controles, en particular aquellas pertenecientes a grupos de riesgo o su cobertura es limitada a grupos minoritarios o económicamente deprimidos, por tales razones son los países en vía de desarrollo los que aún presentan más frecuente esta neoplasia. Se reporta que las mujeres que no tienen ningún examen citológico realizado tienen un riesgo de hasta 10 veces mayor de padecer la enfermedad, que las mujeres que se han realizado al menos un examen citológico^(10,11).

En Cuba el Cáncer de Cuello Uterino ocupa la cuarta causa de incidencia en el sexo femenino y la quinta causa de mortalidad. Está entre las primeras 4 causas de muerte por cáncer en la mujer en los últimos años: pulmón, mama, colon y cáncer cérvico uterino; con más de 400 muertes anuales y tasas entre 7 y 8 por 100 000 mujeres^(12, 13,14).

En 1941, George Papanicolaou descubrió la fórmula de teñir las células que son despedidas desde el epitelio o superficie exterior del cérvix, lo que hace posible detectar las células con transformaciones anormales, esta no es un examen de

diagnóstico, sino más bien un tamizaje que separa a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello del útero ^(8,15).

Ayre introdujo el muestreo directo del cuello uterino con una espátula que aun lleva su nombre de forma significativa el número de células obtenidas. Actualmente este proceder sigue teniendo extraordinaria importancia y su utilización se ha convertido en uno de los aspectos esenciales del programa de detección precoz del Cáncer Cérvico uterino. ⁽¹⁶⁾.

Después de la creación de la Unidad Nacional para el Control del cáncer en el año 2006 se integró en un solo programa todas las estrategias y acciones para el control del cáncer. En particular para el cáncer cérvico uterino se desarrollan acciones de control en los tres niveles de atención: primario, secundario y terciario; la detección ocurre en el nivel primario habiéndose propuesto la extensión de la pesquisa hasta los 64 años de edad teniendo en cuenta el incremento de la expectativa de vida de la mujer cubana y detectarse un incremento del cáncer invasor en el grupo de 60 años y más; esta orientación comenzó en el 2011 a través de la Dirección Nacional de Estadística. En el nivel secundario se ubican las Consultas de Patología de Cuello cuya misión es realizar la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales y del Cáncer Invasor hasta las etapas precoces (Ia-Ib), por lo que se sitúa en el eje central de las acciones. Los procedimientos terapéuticos establecidos para esta consulta siguen las recomendaciones internacionales, las cuales se estandarizan en el “Documento Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cuello de Útero ^(17,18). Actualmente en revisión y actualización por el grupo especial de trabajo para el control de cáncer cervicouterino y en las Guías Oncológicas de Diagnóstico y Tratamiento para el Cáncer Cérvico uterino. En el nivel terciario se realiza el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer invasor cérvico uterino.

En el Programa integral para el Control del cáncer en Cuba (PICC), Pautas para la gestión, la Sección Independiente para el Control del Cáncer, recoge entre los objetivos reducir a menos del 10 % la fracción de cáncer cervical en estadios II, III, y IV al diagnóstico, así como disminuir la tasa ajustada de mortalidad por cáncer en un

15 %, dentro de la cual la mortalidad tiene un componente importante, por lo que se plantea para esta localización un 20% de reducción de la tasa de mortalidad^(2,4,19).

El PICC de manera general recomienda, entre otras, la investigación social y epidemiológica que incluye: calidad de la atención, evaluación de la calidad de los servicios y programas de salud.

Se puede afirmar que constituye un serio problema de salud para el país, debido a que una proporción importante de mujeres fallecen por este tipo de cáncer en edades reproductivas con plena capacidad intelectual y profesional, lo que repercute en la familia y la sociedad. La investigación abordará los factores de riesgo que se asocian al cáncer cervicouterino, en el período comprendido de enero del 2009 a diciembre del 2013.

Problema científico:

¿Cuáles son los Factores de riesgo asociados al Cáncer cérvico uterino en pacientes del Área Norte y Belkis del municipio Ciego de Ávila?

Hipótesis:

La acción en función del tiempo de un grupo de factores de riesgo pueden evidenciar una asociación estadísticamente significativa con la incidencia de cáncer cérvico uterino en la población femenina del área de salud Norte y Belkis del municipio Ciego de Ávila.

Novedad Científica: La novedad está dada a partir de que el resultado de esta investigación, aportará elementos que permitan dar salida a otras investigaciones que cumplan el objetivo de elaborar nuevas acciones hacia los factores de riesgos que sean identificados con mayor asociación, actualizar los protocolos de seguimiento y tratamientos del cáncer cérvico uterino desde el primer nivel de atención, lo que conlleva a mejorar la calidad de la atención a los pacientes con esta enfermedad a través de un mejor manejo que a la vez pudiera repercutir en una disminución de la morbi-mortalidad por esta causa.

II. OBJETIVOS:

Objetivo General

Identificar la posible asociación de un grupo de factores de riesgo con la incidencia de Cáncer Cérvico Uterino en el área Norte y Belkis durante el período comprendido de Enero del 2009 a Diciembre del 2013.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar la población femenina con cáncer cérvico uterino de acuerdo con un grupo de variables.
2. Determinar la asociación estadística de los principales factores de riesgos con el cáncer cérvico uterino.

III. MARCO TEORICO

Los precursores de Cáncer Cérvico Uterino, se remonta a finales del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambio epitelial atípica no invasora en tejido adyacente a cáncer invasor (William 1888). El término carcinoma in situ (CIS) se introdujo en 1932 para denotar las lesiones por células carcinomatosas indiferenciadas que abarcan todo el espesor del epitelio sin interrumpir la membrana basal (Brodeskis, 1932).^(20,21)

Las neoplasias intraepiteliales cervicales son lesiones donde las células malignas toman el lugar de las células benignas, en diversos estratos del epitelio escamoso que recubren el cuello uterino. Hasta este punto las lesiones son curables en su totalidad, pero de no hacerse el diagnóstico a tiempo pueden convertirse en cáncer invasor.^(22) Su incidencia se incrementa con la promiscuidad tanto de la mujer como del hombre, y con el inicio precoz de las relaciones sexuales, la infección por papiloma virus humano es el factor de riesgo más importante.⁽²³⁾

Amaro Hernández F et al en Camagüey, refieren una asociación estadística significativa entre el CCU y los factores de riesgo, citan en orden de frecuencia la multiparidad, la promiscuidad, la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y el inicio precoz de las relaciones sexuales.⁽²⁴⁾

Es un desafío para los profesionales de la salud el diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino, por tratarse de una enfermedad asintomática y sin manifestaciones al examen ginecológico en estadios iniciales, pero con alto porcentaje de cura cuando el diagnóstico se realiza en esos momentos.^(25,26) Podemos aseverar que constituye un serio problema de salud para el país, máxime que una proporción importante de mujeres fallecen por este tipo de cáncer en edades reproductivas y con plena capacidad intelectual y profesional, representando una conmoción para la familia y la sociedad.

Ante esta problemática la Medicina trabaja en poner en práctica métodos de diagnóstico de la enfermedad en el estadio pre-invasivo. Si se confirma la presencia de cáncer cervical, pueden recomendarse otros exámenes para determinar hasta

qué punto la enfermedad se ha extendido. Éstos pueden incluir: exámenes por ultrasonido de las áreas pélvica y abdominal.

El PICC de manera general recomienda, entre otras, la investigación social y epidemiológica que incluye: calidad de la atención, evaluación de la calidad de los servicios y programas de salud.

Los factores de riesgo de cáncer cervical están relacionados con características tanto del virus como del huésped, e incluyen:

- Edad al comienzo de la vida sexual.
- Conducta sexual.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Número de partos.
- Inmunosupresión.
- Uso de anticonceptivos orales.
- Hábito de fumar.
- Tendencia nutricional.

El estado nutricional puede influir en factores dietéticos pudieran relacionarse con la carcinogénesis. La ingestión de alimentos ricos en vitamina A y particularmente, en retinol, fue asociada con la reducción del riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto y por sus propiedades antioxidantes parece que reduce el riesgo de infección según Sedjo y colaboradores, los folatos, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden ejercer algún efecto en la prevención del cáncer de cuello uterino. ⁽²³⁾

Rosell Juarte E, et al plantean en su estudio que el bajo nivel de escolaridad, el tener varias parejas sexuales, la multiparidad, las relaciones sexuales precoces y el tabaquismo fueron factores de riesgo con significación estadística, sin embargo, no le confieren valor estadístico al uso de anticonceptivos orales. Tirado Gómez LL, et al además de encontrar los factores predisponentes antes mencionados, mencionan el nivel socioeconómico como un factor asociado a esta neoplasia. ⁽²⁷⁾

Varela Álvarez A, et al, refieren que el 69% de las pacientes tuvo relaciones sexuales antes de los 18 años, el 64 % tenía historia de infecciones de transmisión sexual y con igual por ciento relacionó la multiparidad. El tabaquismo, la promiscuidad sexual, la no sistematicidad en los exámenes del programa nacional de prevención, la ingestión de anticonceptivos orales y el compañero sexual de riesgo, obtuvieron cifras entre 51 y 58 %.⁽²⁸⁾

La edad al primer coito antes de los 20 años y de manera marcada antes de los 18, es uno de los cofactores importantes en la aparición del carcinoma del cuello según reportan numerosos autores nacionales y extranjeros. Debido a los cambios socio-culturales a los que están sometida las adolescentes, existe una tendencia al comienzo de las relaciones sexuales a partir de los 14 años de edad.⁽²⁹⁾

En los últimos años se observa un incremento de las lesiones del cuello uterino en mujeres de edad climatérica, las que representaron en este estudio el 17,5 %. En la mujer a esa edad se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida a las infecciones del tracto urogenital, debido a la disminución de la defensa estrogénica del aparato genital.⁽³⁰⁾ El riesgo en el inicio temprano de las relaciones sexuales se debe a que en la adolescente se produce una metaplasia activa, o lo que es igual, una transformación celular del epitelio columnar en metaplásico, y de este en escamoide, incrementándose el potencial de interacción entre el carcinógeno (semen y traumas del coito) y el cuello uterino.³¹

Con respecto a la conducta sexual la promiscuidad, sin ser sinónimo de cáncer de cérvix, constituye un importante factor de riesgo. Numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de padecer la enfermedad y los diversos elementos asociados con las relaciones sexuales. Muchas mujeres que sólo han tenido una pareja sexual también desarrollan la enfermedad, por lo que resulta sugerente considerar el papel del semen infectado con el VPH en la génesis del cáncer uterino. La probabilidad de que las mujeres sean portadoras del virus del papiloma humano (VPH) y el riesgo de padecer de cáncer de cérvix se ha relacionado con la presencia de ADN viral en el pene o la uretra de su pareja sexual. Según un estudio publicado por Benedet y Cabero Roura las mujeres tienen un riesgo tres veces superior de padecer infección con el VPH, si su compañero sexual

ha tenido relaciones con otras mujeres que han desarrollado la enfermedad. Se deduce que la mujer con mayor cantidad de compañeros sexuales, tiene más probabilidades de desarrollar la infección como ocurre con todas las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la del virus del herpes simple (VHS) tipo 2 que algunos sugieren, pudiera actuar como cofactor del VPH produciendo una acción sinérgica que provoque los cambios celulares cervicales.⁽²⁹⁾

La mayoría de los autores opinan que si bien esta afección se incrementa en las mujeres promiscuas y de dudosa reputación, es por el contrario infrecuente en nulíparas y en las que no tienen una sexualidad activa como las monjas.⁽³²⁾

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyen una serie de enfermedades de naturaleza infecciosa de gran interés epidemiológico y señalan que la *neisseria gonorrhoeae* se dispone en las paredes intracelulares, y que habitualmente afecta los epitelios cilíndricos, pues los epitelios estratificados de la vulva y vagina son resistentes a su invasión. Puede permanecer en el endocérnix, lo que significa que el 75 % de las cervicitis pueden ser asintomáticas y estas representan un factor de riesgo importante en el cáncer de cuello.⁽²⁹⁾

La Cervicitis fue la lesión cervical que más se asoció al desarrollo del cáncer cervical, puede encontrarse de forma aguda, aunque lo más frecuente es su evolución hacia la cronicidad, a la cual se le da mucha importancia en la génesis de los cambios epiteliales, que pueden evolucionar hacia la displasia y posteriormente al cáncer cervical.⁽²⁹⁾ Una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si su compañero sexual presenta antecedentes de cáncer de pene y si este estuvo casado con una mujer que presento Neoplasia cervical y no utiliza condón en su actividad sexual.

En los últimos años se han logrado importantes progresos en el estudio de las causas de la aparición del cáncer de cuello uterino. Actualmente es aceptado como principal causa la infección por VPH de alto riesgo y sus precursores, sin embargo, estudios epidemiológicos han mostrado que sólo una pequeña fracción de mujeres infestadas con VPH eventualmente progresan a lesiones intraepiteliales de alto riesgo y carcinoma *in situ*, por lo que se ha asumido que otros factores actúan en conjunto con el VPH, influenciando el riesgo de transición de la infección VPH

cervical a malignidades. Se plantea que el conocimiento de la virología y las manifestaciones clínicas de este virus constituyen el eslabón fundamental en el entendimiento del proceso neoplásico.⁽¹²⁾

Actualmente se conocen más de 120 tipos de VPH, cada uno muestra un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, las infecciones de la piel, de las mucosas del tracto oral, respiratorio y ano genital son los más comunes. Se subclasifican según el material oncogénico en HPV de “bajo riesgo” y “alto riesgo”, otros autores añaden los de riesgo intermedio. La International Agency for Research Cancer (IARC) de la OMS los clasifica en, “carcinogénicos” (tipo 16 y 18), “probablemente carcinogénicos” (tipos 31 y 33) y “posiblemente carcinogénicos” (otros excepto 6 y 11). Se ha demostrado que el ADN del VPH está presente en la mayoría de las lesiones intraepiteliales del tracto genital inferior y en más del 99 % de los cánceres cervicales.⁽³³⁾

Está bien demostrado que el virus del papiloma humano es el agente etiológico necesario, pero no suficiente del cáncer cervical y de muchos tumores de la vulva y de la vagina. Además, se han puesto al alcance del médico nuevas técnicas fiables de identificación viral en el diagnóstico.⁽³⁴⁾

La mayoría de las infecciones nuevas por VPH ceden espontáneamente; si la infección persiste, puede desarrollarse un tumor pre-maligno, y si este no recibe tratamiento puede transformarse en cáncer. Se plantea que las lesiones precursoras causadas por el virus del papiloma humano VPH normalmente tardan entre 10 y 20 años en convertirse en cáncer invasor, la mayor parte de los cánceres cervicouterino pueden prevenirse mediante la detección precoz y el tratamiento anticipado de las lesiones pre cancerosas.^(34,35)

La infección por el VPH es una infección de transmisión sexual que se encuentra muy extendida en mujeres y hombres, sin embargo, las condiciones anatómicas del varón y otros factores hacen que esta se pueda desarrollar en forma subclínica o latente y en pocas ocasiones evolucione a cáncer del pene u otra localización genital. No sucede así en la mujer, que con mayor frecuencia desarrolla infecciones genitales por VPH que pueden favorecer la evolución hacia lesiones pre malignas o malignas.

Tirado Gómez y colaboradores evaluaron la asociación entre el cáncer cervical y el virus del papiloma humano de alto riesgo, los cuales demostraron que se incrementa en 78 veces la probabilidad de presentar un cáncer invasor; cuando el VPH es tipo 16 y 18, el incremento es mayor. ⁽³⁰⁾

El cuello uterino está sometido a múltiples traumatismos durante el embarazo como es la instrumentación en el proceso del aborto, en el parto y en el puerperio; constituye un factor predisponente del cáncer cervical los desgarros cervicales que pueden producirse y tienen una relación directa con el número de parto (que a mayor número de partos mayor es la posibilidad de desgarros). Los desgarros cervicales deben ser suturados oportunamente para restituir su anatomía y contribuir al mantenimiento de los mecanismos de autodepuración del aparato genital, así como prevenir procesos inflamatorios y malignos del cérvix. ^(30,35)

Es muy importante la respuesta inmunológica del organismo, pues interviene como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores, desde la fase de iniciación hasta el crecimiento y progresión de los mismos.

Las infecciones virales son frecuentes en pacientes con supresión o defecto en el sistema inmune que se manifiesta con linfopenia, una alteración de la relación linfocitos B / linfocitos T, migración espontánea y quimiotaxis de neutrófilos disminuida. Estas alteraciones inducen trastornos en la secuencia de eventos necesarios para que la respuesta inmune celular y humoral sea efectiva.

Un ejemplo incuestionable ha sido demostrado en pacientes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) las que muestran un incremento en la incidencia de lesiones escamosas intraepiteliales, debido al deterioro de las células y de los mecanismos de la respuesta inmune contra la progresión de la enfermedad.

Igualmente, las mujeres sometidas a trasplantes de órganos tratadas con inmunosupresores tienen un elevado riesgo de padecer infección por el VPH y cáncer cervical cuando se comparan con la población general

El uso de anticonceptivos orales durante 6 a 9 años se acompaña de un incremento de hasta tres veces de riesgo de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grado III. Las mujeres que los han utilizado durante 2 o 5 años tienen una incidencia del doble de padecer CCU en comparación con las de las no usuarias. Estudios recientes demuestran que el riesgo a aumentado hasta 6 veces en las usuarias de anticonceptivos orales, que además tienen una infección por VPH . (35,36)

La organización Mundial de la Salud, en el Consenso de Génova realizado en el 2002, creó planes de intervención mediante boletines y gacetas, dentro de las directrices se encontraba elevar el conocimiento de que el uso prolongado de anticonceptivos orales se asociaba a la neoplasia cervicouterina, finalidad que en toda Latinoamérica se ha logrado en menos de un 30%. (37,38)

En relación con el hábito de fumar, Helberg y colaboradores plantearon que los componentes del humo procedentes de la combustión del tabaco tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina disueltas en la sangre, ya que han sido detectadas en el cérvix, la saliva, la orina y el moco cervical , por una inmunodepresión local estimulada por una disminución de las células de Langerhans. León Cruz señala que el tabaquismo se ha asociado con la presencia de carcinoma de células escamosas y puede iniciar o actuar como co-carcinogénico en la célula ya afectada por agentes transformadores de transmisión sexual.

El tabaquismo se encuentra entre los cofactores ambientales más uniformemente identificados por la población mundial, con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer de cáncer cervicouterino, pues este causa en el cuello un incremento de la permeabilidad de los vasos y la presencia de edema; condiciones que propician la acción de cualquier mutágeno que sea depositado en la vagina durante el coito; los estudios revelan que el conocimiento de este riesgo por las fumadoras actuales al menos duplica el de las no fumadoras. Actualmente se acepta que en las mujeres fumadoras el riesgo de padecer la enfermedad aumenta tres veces al compararlo con las que no fuman y existe una fuerte relación entre la cantidad de cigarrillos diarios (36).

Los agentes químicos del tabaco desarrollan cáncer cervicouterino por efecto directo de sus cancerígenos, como facilitador de la acción neoplásica de agentes virales' estos investigadores en su estudio de 2512 pacientes encuentran al tabaquismo como factor de riesgo asociado al cáncer cervicouterino.

Las condiciones socioeconómicas desfavorables se han relacionado con la aparición y con una supervivencia corta de mujeres con Cáncer Cervicouterino; las dietas pobres en frutas y vegetales. Algunos estudios postulan además las malas condiciones higiénicas o prácticas higiénicas inadecuadas. ⁽¹³⁾

Se ha desarrollado en condiciones nada parecidas a las nuestras en cuanto a situación geográfica, socioeconómica y ambiental y la neoplasia de cérvix continúa teniendo una alta morbilidad y letalidad. Incluso dentro de nuestro país pudieran observarse diferencias en la forma de expresarse dichos factores en las diferentes regiones y ambientes. Por otra parte, la expresión de los factores de riesgo puede variar en el tiempo y de acuerdo al desempeño de los medios diagnósticos. ⁽²⁸⁾

El Cáncer cérvico uterino en etapas precoces no ofrece síntomas que permitan su diagnóstico. En etapas más avanzadas los síntomas principales son: hemorragia anormal (metrorragia), aumento de flujo vaginal (leucorrea) y dolor .Al principio la metrorragia será en forma de manchas que la paciente relacionará con el coito, con esfuerzos físicos, incluso con una defecación dificultosa. En muchos casos la perdida sanguínea no se produce hasta que la enfermedad esta avanzada y ser la hemorragia incoercible la causa directa de la muerte de la paciente. Al inicio puede aparecer un flujo anormal, por lo general oscuro, aun antes de que aparezca la hemorragia, especialmente en el caso del adenocarcinoma. Sin embargo, en un periodo más o menos prolongado, el flujo aparece teñido de sangre, y da al contenido vaginal un aspecto de agua de lavado de carne. El dolor aparece muy tarde. Generalmente el dolor se localiza en la región del pubis y aparece durante el contacto sexual. Se presentarán además, síntomas generales como son: anemia, anorexia, pérdida de peso y astenia. ⁽³⁷⁾

El diagnóstico del cáncer cervical se realiza a través de la citología orgánica: tiene elevado índices de confiabilidad. ⁽⁶⁾Un ginecólogo examinará el cuello del útero (el cérvix) y la vagina con un instrumento especial llamado colposcopio y hará una biopsia para examinar en detalle las células anormales. ⁽²⁸⁾Se puede realizar legrado endocervical o raspado endocervical. ⁽²⁸⁾Si se confirma la presencia de cáncer cervical, pueden recomendarse otros exámenes para determinar hasta qué punto la enfermedad se ha extendido: exámenes por ultrasonido de las áreas pélvica y abdominal.

La clasificación de las etapas clínicas de la evolución del carcinoma de cuello, partiendo de la etapa cero, que correspondería al carcinoma in situ (CIN-III o HSIL): Estadio I: confinado al cuello del útero, Estadio II: se extiende más allá del cuello pero no se extiende a la pared de la pelvis; afecta a la vagina en su parte superior sin afectar el tercio inferior, Estadio III, el carcinoma se extiende a la pared pelviana; en la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pelviana; el tumor se extiende además al tercio inferior de la vagina, Estadio IV: puede infiltrar la pared de la vejiga urinaria o el recto; esta forma incluye diseminación con metástasis.

Para recomendar los tratamientos para la Etapa 0 ó la Etapa 1 del cáncer, su médico también considerará si usted desea tener hijos. Cuando se diagnostica la Etapa 0 ó la Etapa 1 del cáncer cervical (o del cérvix) durante un embarazo, es posible posponer el tratamiento hasta después del parto. Una mujer con Etapa 0 de cáncer que aún desea tener hijos generalmente recibe tratamiento con uno de los siguientes: Cirugía con láser, en la cual la capa del tejido superior se calienta y se vaporiza Criocirugía, en la cual el tejido epitelial se congela, Conización, extracción quirúrgica de un cono del tejido cervical, procedimiento de extirpación electroquirúrgico con asa (LEEP) (conización por asa diatérmica) en el que las ondas de radio de alta frecuencia de bajo voltaje se desplazan a través de una delgada asa (bucle) de alambre, que se utiliza como un dispositivo cortante para extraer las células anormales del cuello cervical. ⁽²⁸⁾

Después de estos procedimientos, se debe realizar una prueba de Papanicolau aproximadamente cada cuatro meses durante un año y cada seis meses en el segundo año para evaluar la posible aparición de células anormales.

Los métodos de prevención contra el cáncer cervical son: realización de la prueba de Papanicolaou en forma regular, evitar relaciones con múltiples compañeros sexuales, no fumar, no beber, si existe una historia de verrugas genitales, hacerse un Papanicolaou cada 6 meses, si tiene más de un compañero sexual, insista en que usen preservativos para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

La detección temprana del cáncer del cérvix incrementa notablemente sus posibilidades de supervivencia. Si la enfermedad se detecta y se trata tempranamente, 99 de 100 mujeres sobreviven. Si no se diagnostica hasta llegar a la etapa más avanzada de la enfermedad, sólo 7 de 100 mujeres sobrevivirán. ⁽³⁰⁾El pronóstico y la supervivencia para los carcinomas invasivos dependen sobre todo del estadio al que se detecta el cáncer en primer lugar, y en menor medida del tipo celular predominante en el tumor. ^(28,37)

IV. MATERIALES Y MÉTODO:

Aspectos generales del estudio:

Se realizó una investigación con un diseño observacional analítico retrospectivo de casos y controles pareado 1:1, con el objetivo de identificar la asociación de un grupo de factores de riesgo seleccionados con el Cáncer cérvico uterino en mujeres entre 25 y 64 años pertenecientes al Área Norte y Belkis, durante el período de enero del 2009 a diciembre del 2013.

Universo de estudio

El universo de estudio estuvo conformado por el total de mujeres con Cáncer cérvico uterino diagnosticado, residentes en las Áreas de Salud Norte y Belkis en el periodo comprendido entre enero del 2009 y diciembre del 2013.

Criterio de caso:

Paciente diagnosticada positiva con una biopsia de tejido de cuello uterino.

Criterios para la selección de casos:

- Que cumplieran con el criterio de caso y estuvieran en el registro existente de mujeres con cáncer cérvico uterino que se atendieron en la consulta de patología de Cuello del hospital provincial “Antonio Luaces Iraola” o en el registro nacional de Cáncer del Sectorial Provincial de Salud.
- Que estuvieran comprendidas en el grupo de 25 a 64 años de edad.

Criterios de los controles:

- mujeres con ausencia de la enfermedad en estudio (cáncer cérvico uterino).
- Que estuvieran comprendidas en el grupo etáreo al que por la edad pertenecía el caso.
- Que residiera lo más cerca posible del caso.

Forma de seleccionar los controles:

Se comenzó estableciendo el intervalo de selección de la vivienda para lo cual se dividió la cantidad de casas existentes en la manzana entre un número seleccionado al azar entre el uno y el seis, utilizando un dado, parado el investigador de frente a las vivienda donde residía el caso, se escogió la primera casa hacia la derecha que correspondía según el intervalo, y se seleccionó el integrante del núcleo que cumplía con los requisitos de selección para el control.

Si en esa casa no existía alguna persona que reuniera los requisitos antes expuestos para ser control o tuviera alguno de los criterios de exclusión, se pasó para la vivienda a la derecha según el intervalo seleccionado y si no resultaba se siguió de esta forma hasta agotar las posibilidades en la manzana, si no apareció ninguna persona como control en esa manzana se pasó a la manzana siguiente a la derecha de la anterior y así sucesivamente hasta encontrarlo.

1. Criterios de inclusión:

- Mujeres dispuestas a participar en el estudio a través de un consentimiento informado.(anexo 1)

2. Criterios de exclusión:

- Personas que mostraron alteraciones de la esfera cognitiva que no fueran capaces de responder solas la encuesta.

- Que durante el estudio mostraran interés en abandonarlo o que cambiaran su residencia fuera del municipio.

.Métodos e instrumentos de obtención de información

Método empírico: a través de una encuesta que se aplicó a todos los casos y controles objeto de estudio, la misma fue avalada por criterio de experto (un obstetra, un Epidemiólogo y un M.G.I). (anexo2)

Se realizó una revisión detallada de varios instrumentos aplicados en diferentes estudios para evaluar variables relacionadas con el Cáncer cérvico uterino y teniendo en cuenta el criterio de expertos del centro provincial de higiene se confeccionó el cuestionario validado por los mismos. El instrumento se aplicó a todas las mujeres que abarca la selección y cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión, y por cada caso se le aplicó el instrumento a 1 mujer con ausencia de la enfermedad en estudio ya descrita su selección anteriormente.

Principales variables de medición de respuesta:

Variable dependiente: Enfermedad por Cáncer cérvico uterino.

Variables independientes:

Edad: Se tomaron las mujeres entre 25 y 64 años, por ser muy escasa la probabilidad de ocurrencia de esa afección en personas menores a esa edad, clasificándolos según grupos etáreos.

Color de la piel: Todas las mujeres independientemente del color de la piel.

Obesidad: cuando el IMC sea mayor de 30Kg. /m².

***Higiene sexual Inadecuada:** Se consideraron hábitos higiénicos sexuales inadecuados cuando no se cumplen dos o más de los siguientes aspectos.

- Aseo al levantarse
- Aseo en horario del baño
- Aseo después de relaciones sexuales.

Habito tabáquico: mujeres que fumaron durante diez o más años aunque después abandonaran el hábito.

Consumo de alcohol: mujeres que consumían frecuentemente alcohol (al menos tres o mas copas de alcohol o dos o mas cervezas, tres o mas veces en la semana)

Uso de anticonceptivos hormonales: mujeres que en algún momento de su vida usaron anticonceptivos hormonales de forma sistemática.

Antecedentes Patológicos familiares (APF) de Cáncer cérvico uterino: mujeres que tenían algún familiar diagnosticada con Cáncer cérvico uterino.

Antecedentes de sepsis vaginal: mujeres que tenían antecedentes de sepsis vaginal a repetición durante su etapa reproductiva.

Múltipara: mujeres que en su vida reproductiva tengan tres o más partos.

Antecedentes se aborto: mujeres que tenían antecedentes de aborto.

Cambio frecuente de pareja: mujeres que habían tenido cambio de pareja en los últimos 3 meses.

Operacionalidad de las variables.

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64	Edad en años cumplidos según CI	Número y porcentaje según grupo de edad.
Color de la piel	Cualitativa nominal politómica	Blanca Negra Mestizo	Según color de la piel.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.
Obesidad	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Se considera obeso: valor de I.M.C. mayor de 30 kg/m.	Número y porcentaje según corresponda
Higiene sexual inadecuada	Cualitativa nominal dicotómica.	Sí. No	*Según hábitos higiénicos que practica	Número y porcentaje según corresponda.
Hábito tabáquico	Cualitativa nominal dicotómica	Sí. No	Según estilo de vida.	Número y porcentaje según corresponda.

Consumo de alcohol	Cualitativa nominal dicotómica	Sí. No	Según estilo de vida.	Número y porcentaje según corresponda.
Uso de anticonceptivos hormonales.	Cualitativa nominal dicotómica	Sí. No	Según antecedentes si usa o no.	Número y porcentaje según corresponda.
Antecedentes Patológicos familiares de Cáncer cervicouterino	Cualitativa nominal dicotómica	Sí. No	Según antecedentes patológicos familiares de cáncer cervicouterino	Número y porcentaje según corresponda.
Sepsis vaginal	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según antecedentes de sepsis vaginal	Número y porcentaje según corresponda.
Múltipara	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	De acuerdo al número de partos en su vida reproductiva	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Antecedentes de abortos	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según antecedentes de que haya tenido aborto.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.

Cambio frecuente de pareja	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según si ha tenido cambio de pareja en los últimos 3 meses.	Número y porcentaje según corresponda
----------------------------	--------------------------------	----------	---	---------------------------------------

Para obtener el resultado de la evaluación nutricional se pesó y talló al total del universo. Se utilizó una pesa de escala: DETECTO (LBS-INTERONTKEES ON BACK) de brazo y un tallímetro los cuales fueron verificados (validados) por Metrología para darle la categoría de apto para el uso después de su comprobación.

El peso de cada paciente se obtuvo parándose este sobre la pesa lo más ligero de ropa posible, siempre cuidando de la privacidad del mismo. El resultado se registró en kilogramos.

Para tomar la talla se le pidió al paciente que se parara erecto, sin zapatos, de espaldas al tallímetro de la balanza. Los pies unidos por los talones y estos, los glúteos, los hombros y la cabeza, tocando el tallímetro. Se registró la medida de la altura en metros.

Luego se realizó la valoración nutricional de todas las personas estudiadas calculando el índice de masa corporal (IMC) mediante el siguiente procedimiento:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en kilogramo}}{(\text{Talla en metros})^2}$$

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar.

Los datos a obtener fueron captados del cuestionario a aplicar (anexo No.2), siendo introducidos en una base de datos del paquete de programas EPIINFO 6.04D. La base de datos se confeccionó en el programa EPED y los datos fueron introducidos mediante el programa ENTER. Se utilizó el programa CHECK para la validación de la entrada de datos. Los datos se analizaron en el programa ANALYSIS, mediante la utilización de la orden MATCH, para el cálculo del Odds Ratio para un estudio de Caso Control pareado 1:1.

Como medida de resumen de la información se utilizaron las distribuciones de frecuencia absoluta y relativa. Los resultados se presentaron en tablas, que luego de su análisis permitieron llegar a conclusiones.

Se confeccionó un informe final teniendo en cuenta los requisitos exigidos por la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Los métodos empleados fueron estadísticas descriptivas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Se aplicó además la técnica estadística de independencia basada en la distribución Chi cuadrado para el estudio de asociación entre variables categóricas, la cual plantea la hipótesis H_0 de que las variables son independientes, contrastando la hipótesis H_1 de que las variables están relacionadas a nivel estadístico.

Se utilizó un nivel de significación de 0,05 de probabilidad de cometer error tipo I. Se estimó que existía dependencia estadística no significativa para $p > 0,05$, dependencia estadística significativa $p \leq 0,05$.

Cálculo del odds ratio: Todo el procesamiento se realizó mediante una Base de Datos confeccionada en el Paquete de Aplicaciones EPIINFO 6.04d, para el Sistema Operativo MS-DOS, mediante el cual se realizó el análisis de la misma.

Estadígrafos a utilizar: *Odds ratio* (OR) como medidas de asociación y como medida de significación estadística el Chi Cuadrado Ponderado de Mantel y Haenszel y el Valor p, en todos los casos con el 95 % de confiabilidad.

Los datos fueron procesados estadísticamente en tablas de frecuencias y tablas de contingencia (2 x 2).

Estadígrafos a utilizar:

		CONTROLES		
		Factor presente	Factor ausente	
CASOS	Factor presente	a	b	a + b
	Factor ausente	c	d	c + d
		a + c	b + d	n

$$RD = \frac{b}{c}$$

Donde:

RD: Razón de disparidad (estimación del Riesgo Relativo (RR)).

b: Pares discordantes de casos expuestos y controles no expuestos.

c: Pares discordantes de casos no expuestos y controles expuestos.

Las estimaciones del **OR** se realizaron con un nivel de significación del 95 % y se les determinó los límites del intervalo para el Estimador de Máxima verosimilitud (EMV) para ese nivel de significación.

La valoración estadística de las asociaciones encontradas se realizó mediante el cálculo de los correspondientes intervalos de confianza. De acuerdo con esto, la interpretación final del OR quedó dada por el siguiente esquema:

Interpretación del valor de odds ratio

Valor odds ratio	Intervalo de confianza		Tipo de asociación
	Inferior	Superior	
1			No evidencia de asociación
Mayor de 1	>1	>1	Significativa, riesgo
Mayor de 1	< 1	> 1	No significativa
Menor de 1	< de 1	< de 1	Significativa, protección
Menor de 1	< de 1	> de 1	No significativa

Es decir que, para definir una exposición determinada como factor de riesgo de una respuesta de interés es necesario que el valor del límite inferior del intervalo de confianza sea mayor que 1.

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos diseñados al efecto, en las que se resume la información con el fin de abordar cada objetivo específico planteado; se realizó posteriormente un análisis del fenómeno estudiado, que permitió, a través del proceso de síntesis y generalización, arribar a conclusiones. Como para la confección de todas las tablas se usó una fuente común primaria que fue el cuestionario no se puso en todas las tablas para no ser reiterativa y monótona.

Aspectos éticos:

En el desarrollo de esta investigación se respetaron los principios bioéticos que van implícitos en los estudios con seres humanos, del mismo modo se aplicaron las pautas personalistas del respeto a la dignidad humana. La información del estudio, se obtuvo a través de una entrevista individual, esta se recogió en los formularios que se llenaron por los autores de la investigación. De la misma manera, con privacidad y lenguaje claro, se ejecutaron las entrevistas con los con los controles seleccionados.

Se pidió a todos los pacientes que participaron en el estudio su consentimiento (Anexo 1) para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

V. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de casos y sus controles según grupo de edad. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013

Edad	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
25-29 años	8	15,1	8	15,1	16	15,1
30-34 años	9	17,0	9	17,0	18	17,0
35-39 años	8	15,1	8	15,1	16	15,1
40-44 años	8	15,1	8	15,1	16	15,1
45-49 años	7	13,2	7	13,2	14	13,2
50-54 años	3	5,7	3	5,7	6	5,7
55-59 años	2	3,8	2	3,8	4	3,8
60-64 años	8	15,1	8	15,1	16	15,1
Total	53	100	53	100	106	100

En la tabla 1 observamos que el mayor número de mujeres corresponde al grupo de edad de 30 a 34 años con 9 casos para un 17%. El 62, 3 % de los casos se encuentran en las edades de 25 a 44 años, o sea, edades reproductivas.

Revisiones en la literatura médica internacional plantean que esta patología es más frecuente entre la tercera y cuarta década de la vida.⁽¹⁴⁾, dato muy similar al de esta investigación porque el mayor número de casos se encuentra en el grupo etáreo de 30 a 34 años, estos datos son similares a los de países en vías de desarrollo, en comparación con lo que sucede en los países desarrollados, donde se presenta con mayor frecuencia a partir de los 50 años

La edad de presentación del cáncer cérvico uterino, mundialmente, se sitúa entre los 45-55 para el 95 % de las mujeres, con variaciones entre países, y dentro de un mismo país.⁽²⁶⁾, dato que no coincide con nuestro grupo en el período.

Un estudio nacional mostró que más de mil mujeres son notificadas en el registro nacional de neoplasia con cáncer del cérvix, las tasas más altas fueron reportadas en las provincias orientales, fundamentalmente en Camagüey, Holguín y Guantánamo, con edades que oscilabann entre 35 y 55 años (alrededor del 60 %) con una media de 40 años.⁽³⁸⁾

Tabla 2. Distribución de casos y sus controles según color de la piel. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Color de la piel	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Blanca	33	62,3	37	69,8	70	66,0
Mestiza	16	30,2	10	18,9	26	24,5
Negra	4	7,5	6	11,3	10	9,4
Total	53	100	53	100	106	100

En la tabla 2 se observó que el 66 % de las mujeres estudiadas tienen la piel blanca, 33 casos son de la raza blanca para un 62,3%, seguido por la raza mestiza para un 30,2%.

En la bibliografía revisada tanto internacional como nacional no se encontró ningún estudio donde se demuestre la relación de la raza con la aparición del cáncer cérvico uterino.

Tabla 3. Obesidad en casos y sus controles. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013

Obesidad	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	5	9,4	3	5,7	8	7,5
No	48	90,6	50	94,3	98	92,5
Total	53	100	53	100	106	100

En la tabla 3 se observó la exposición de los grupos de casos y controles al factor de riesgo obesidad, apreciándose que solo 8 personas del total estudiados estaban expuestos al factor de riesgo para un 7,5% y de ellos 5 eran casos para un 9,4%, predominando la no exposición a este factor de riesgo.

En la literatura consultada no se encontró ningún estudio donde se considere a la obesidad como un factor de riesgo para el cáncer cervicouterino, pero algunos autores plantean que el estado nutricional puede influir porque existen factores dietéticos que pudieran relacionarse con la carcinogénesis. La ingestión de alimentos ricos en vitamina A y particularmente, en retinol, fue asociada con la reducción del riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto y por sus propiedades antioxidantes parece que reduce el riesgo de infección. Los folatos, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden ejercer algún efecto en la prevención del cáncer de cuello uterino. ⁽³⁰⁾

Tabla 3.1. Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según obesidad. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Obesidad		Controles		RD	IC 95 %	Chi ²	Valor p
		Si	No				
Casos	Si	1	5	1,67	[0,32 ; 10,73]	0,13	0,7236
	No	3	44				

En la tabla 3.1 observamos que la razón de disparidad es mayor de 1 (1,67) .El intervalo de confianza del EMV para el OR de [0,32; 10,73] y un valor $p=0,7236$, no siendo significativa esta asociación, por tener el LI del intervalo del EMV por debajo de 1 y mayor de 0,05 el valor p.

El Chi cuadrado calculado para un grado de libertad es de (0,13) siendo menor que el Chi cuadrado tabulado (3,841) por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de trabajo o alternativa, corroborándose la no existencia de asociación estadísticamente significativa entre el factor de riesgo obesidad y el cáncer cervico uterino.

En los estudios revisados no encontramos ninguno en relación a la obesidad y el cáncer cérvico uterino por lo que no podemos realizar comparaciones.

Tabla 4. Higiene sexual inadecuada en casos y sus controles. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Higiene sexual	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Inadecuada	9	17,0	6	11,3	15	14,2
Adecuada	44	83,0	47	88,7	91	85,8
Total	53	100	53	100	106	100

En la tabla 4 se apreció que la higiene sexual inadecuada estuvo presente en el 17% de los casos, predominando la higiene sexual adecuada con 83% de los casos. En los controles también predominó la no exposición al factor de riesgo (higiene sexual adecuada) con un 88,7%. Lo que no coincide con algunos estudios donde postulan a las malas condiciones higiénicas o prácticas higiénicas inadecuadas, en relación con la aparición y con una supervivencia corta de mujeres con Cáncer cérvico uterino ⁽¹³⁾.

En la literatura revisada se plantea que la distribución geográfica de este cáncer se relaciona con algunos factores del medio ambiente y estilo de vida, como relaciones sexuales tempranas, niveles socioeconómico y educacional bajos, así como higiene inadecuada. ⁽⁴⁰⁾

Tabla 4.1. Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según higiene sexual inadecuada. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Higiene sexual Inadecuada		Controles		RD	IC 95 %	Chi ₂	Valor p
		Si	No				
Casos	Si	2	7	1,75	[0,44 ; 8,15]	0.36	0.5464
	No	4	40				

En la tabla No. 4.1 se observó que la razón de disparidad es mayor de 1 (1,75) .El intervalo de confianza del EMV para el OR de [0,44; 8,15] y un valor $p= 0,5464$, no siendo significativa esta asociación, por tener el LI del intervalo del EMV por debajo de 1 y mayor de 0,05 el valor p .

El Chi cuadrado calculado para un grado de libertad es de (0,36) siendo menor que el Chi cuadrado tabulado (3,841) por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de trabajo o alternativa, corroborándose la no existencia de asociación estadísticamente significativa entre el factor de riesgo higiene sexual inadecuada y el cáncer cérvico uterino.

Tabla 5. Hábito de fumar en casos y sus controles. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Hábito de fumar	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	26	49,1	11	20,8	37	34,9
No	27	50,9	42	79,2	69	65,1
Total	53	100	53	100	106	100

En la tabla 5 se apreció que el hábito de fumar estuvo presente en el 34,9% de la muestra no existiendo diferencias significativas en la exposición de los casos (49,1% expuestos y 50,9% no expuestos). En los controles si existe un predominio de los no expuestos al hábito de fumar con el 79,2%. Estudios realizados señalan la asociación entre el tabaquismo activo y el desarrollo del cáncer cérvico uterino. ⁽³⁹⁾ En la actualidad, el hábito de fumar, es uno de los factores de riesgo para esta enfermedad, debido a la acumulación de la nicotina y su producto de degradación; la cotinina en las células de las glándulas productora de moco, interfieren con el normal funcionamiento de esas células. Los niveles de nicotina y cotinina en el cuello del útero juegan su papel agresor para el desarrollo de la enfermedad.

El tabaquismo se encuentra entre los cofactores ambientales más uniformemente identificados por la población mundial, con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer de cáncer cervicouterino, pues este causa en el cuello un incremento de la permeabilidad de los vasos y la presencia de edema; condiciones que propician la acción de cualquier mutágeno que sea depositado en la vagina durante el coito; los estudios revelan que el conocimiento de este riesgo por las fumadoras actuales al menos duplica el de las no fumadoras. ^(24,41)

Tabla 5.1. Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según hábito de fumar. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Hábito de fumar		Controles		RD	IC 95 %	Chi ²	Valor p
		Si	No				
Casos	Si	6	20	4,00	[1,46 ; 13,64]	7,84	0,0051
	No	5	22				

En la tabla 5.1 se observó que se incrementa cuatro veces (RD=4,00) el riesgo de cáncer cérvico uterino en aquellas mujeres expuestas al factor representado por el hábito de fumar en relación con las que no fuman, existiendo una asociación estadística entre el cáncer cérvico uterino y el hábito de fumar con un intervalo de confianza para el EMV del OR de [1,46; 13,64] y un valor $p=0,0051$.

El Chi cuadrado calculado para un grado de libertad es de (7,84) siendo mayor que el Chi cuadrado tabulado (3,841) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo o alternativa, manifestándose la asociación estadísticamente significativa entre la variable dependiente y el factor de riesgo.

En relación al tabaquismo, este resultado coincide con la bibliografía revisada, donde se plantea que este hábito, parece estar firmemente asociado con la aparición de lesiones cervicales pre cancerosas y surge como un factor etiológico de consideración en el carcinoma de células del cérvix. El aumento del riesgo entre las fumadoras es casi el doble con mayor incidencia entre las que consumen grandes cantidades al día o que han fumado durante mucho tiempo.^(15,41)

Valentín Martínez y Torrientes Hernández añaden que este hábito por más de 15 años en la mujer climatérica influye doblemente por estar demostrado que es consumidor de estrógeno, que a esta edad está disminuido.⁽¹²⁾

Tabla 6. Consumo de alcohol en casos y sus controles. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Consumo de alcohol	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	5	9,4	6	11,3	11	10,4
No	48	90,6	47	88,7	95	89,6
Total	53	100	53	100	106	100

En la tabla 6 observamos la exposición al consumo de alcohol en el 9,4% de los casos y en 6 de los controles para un 11,3%, observándose que solo el 10,4 % de los pacientes estudiados estaban expuestos al alcohol y el 89,6 % no estaban expuestos, predominando la no exposición.

En los estudios revisados no se encontraron elementos que tuvieran en cuenta esta variable ,pero es importante considerar que el alcoholismo puede contribuir a adoptar conductas sexuales inadecuadas y cambio frecuente de pareja que si son variables que se han encontrado en relación con el cáncer cervicouterino.

Tabla 6.1. Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según consumo de alcohol. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Consumo de alcohol		Controles		RD	IC 95 %	Chi ²	Valor p
		Si	No				
Casos	Si	1	4	0,80	[0,16; 3,72]	0,00	1,0000
	No	5	43				

En la tabla 6.1 observamos que la razón de disparidad es menor de 1 (RD=0.80), con un intervalo de confianza del EMV del OR de [0,16; 3,72] y un valor p=1,0000, no siendo significativa esta asociación, por tener el LI del intervalo del EMV por debajo de 1 y el LS por encima de 1 y mayor de 0,05 el valor p.

El Chi cuadrado calculado para un grado de libertad es de (0,00) siendo menor que el Chi cuadrado tabulado (3,841) por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de trabajo o alternativa, corroborándose la no existencia de asociación estadísticamente significativa entre el factor de riesgo consumo de alcohol y el cáncer cérvico uterino.

Tabla 7. Antecedentes Patológicos Personales de uso de anticonceptivos hormonales en casos y sus controles. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

APP de uso de anticonceptivos hormonales	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	21	39,6	11	20,8	32	30,2
No	32	60,4	42	79,2	74	69,8
Total	53	100	53	100	106	100

Se apreció en la tabla número 7 que el APP de uso de anticonceptivos hormonales como factor de riesgo estuvo presente en el 30,2% de la población incluida en el estudio. No obstante existe predominio de no exposición al riesgo de APP de uso de anticonceptivos hormonales en los casos y los controles.

La organización Mundial de la Salud, en el Consenso de Génova realizado en el 2002, creó planes de intervención mediante boletines y gacetas, dentro de las directrices se encontraba elevar el conocimiento de que el uso prolongado de anticonceptivos orales se asociaba a la neoplasia cervicouterina, finalidad que en toda Latinoamérica se ha logrado en menos de un 30%.⁽³⁸⁾

El carcinoma cérvico uterino no se considera un tumor hormodependiente por lo general, estudios recientes indican que el uso prolongado de anticonceptivos hormonales puede aumentar el riesgo de éste^(30,41), dato que no se corresponde con este estudio donde hay un predominio de la no exposición al uso de anticonceptivos hormonales.

Ciertas pruebas estadísticas demuestran que el uso de anticonceptivos hormonales orales por períodos prolongados, puede aumentar ligeramente el riesgo de cáncer cérvico uterino. En algunas investigaciones.^(30, 40) Se ha

indicado una relación entre el consumo de las píldoras durante 5 años o más y un aumento en el riesgo de esta neoplasia.

Tabla 7.1. Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según el uso de anticonceptivos hormonales. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013

Antecedentes personales de uso de anticonceptivos hormonales		Controles		RD	IC 95 %	Chi ²	Valor p
		Si	No				
Casos	Si	4	17	2,43	[0,96 ; 6,93]	3,38	0,0661
	No	7	25				

En la tabla 7.1 observamos que la razón de disparidad es mayor de 1 (RD=2,43) con un intervalo de confianza para el EMV del OR de [0,96; 6,93] (LI por debajo de 1) y un valor $p=0,0661$, mayor que 0,05, no siendo significativa esta asociación.

El Chi cuadrado calculado para un grado de libertad es de (3,38) siendo menor que el Chi cuadrado tabulado (3,841) por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de trabajo o alternativa, corroborándose la no existencia de asociación estadísticamente significativa.

Las investigaciones indican que hay una relación potencial a largo plazo entre el uso prolongado de anticonceptivos orales y la aparición del cáncer cervicouterino. Un análisis de los datos compartidos de 10 estudios de casos y testigos, de paciente con cáncer invasivo del cuello uterino o con carcinoma in situ, sugiere que el uso a largo plazo de los anticonceptivos orales pudiera aumentar hasta cuatro veces el riesgo del cáncer cervicouterino⁽³⁸⁾, lo que no coincide con el estudio.

El uso de anticonceptivos orales por más de 12 años en presencia de PVH cervical se asocia a un aumento del riesgo de adenocarcinoma in situ a 5,5 veces. Varela

Álvarez y colaboradores hallaron este antecedente ⁽²⁸⁾, lo que no fue significativo en la investigación.

Tabla 8. Antecedentes Patológicos Familiares de Cáncer cérvico uterino en casos y sus controles. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

APF de Cáncer Cervico uterino	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	32	60,4	10	18,9	42	39,6
No	21	39,6	43	81,1	64	60,4
Total	53	100	53	100	106	100

En la tabla 8 se mostró la exposición de los grupos de casos y controles al factor de riesgo que representan los antecedentes patológicos familiares de cáncer cérvico uterino, se observó que los antecedentes de cáncer cérvico uterino estaban presentes en el 60,4 % de los casos y solo en el 18,9% de los controles. Estos resultados coinciden con un estudio realizado por Chibás Lamothe y colaboradores donde el mayor por ciento de los casos tenían antecedentes familiares de cáncer cérvico uterino. ⁽⁴⁴⁾

Otros factores pueden actuar en la incidencia del cáncer cervical: el nivel de ingresos, las medidas de salud pública, el acceso y uso de los servicios de salud, el estado educacional, la percepción del riesgo a enfermar, la edad y la herencia han sido considerados por varios autores como de riesgo.

Tabla 8.1. Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según Antecedentes Familiares de Cáncer Cérvico uterino. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

APF de Cáncer Cervicouterino		Controles		RD	IC 95 %	Chi ²	Valor p
		Si	No				
Casos	Si	7	25	8,33	[2,54 ; 43,12]	15,8	0,0000
	No	3	18				

En la tabla 8.1 se observó que se incrementa ocho veces (RD=8,33) el riesgo de cáncer cérvico uterino en aquellas mujeres con antecedentes patológicos familiares en relación con las que no tienen este antecedente, siendo significativa esta asociación con un intervalo de confianza para el EMV del OR de [2,54 ; 43,12] y un valor p= 0,0000.

El Chi cuadrado calculado para un grado de libertad es de (15,8) siendo mayor que el Chi cuadrado tabulado (3.841) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo o alternativa, manifestándose la asociación estadísticamente significativa entre la variable dependiente y el factor de riesgo.

En un estudio realizado en Veracruz señalan que el antecedente de familiares con diagnóstico de cáncer no se asoció como un factor de riesgo, ya que la mayoría de los pacientes no sabían si sus familiares tenían antecedentes de cáncer. ⁽⁴³⁾

Chibás Lamoth y colaboradores ⁽⁴⁴⁾ encontraron que se demuestra asociación significativa entre presencia de la enfermedad en los casos y en familiares con algún grado de parentesco, siendo más afectados los familiares de primer grado con 54.16 por ciento, esto se corresponde con el estudio donde se demostró una asociación significativa entre el factor APF y el cáncer cérvico uterino

Tabla 9. Antecedentes Patológicos Personales de sepsis vaginal en casos y sus controles. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Antecedentes Patológicos Personales de sepsis vaginal	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	46	86,8	27	50,9	73	68,9
No	7	13,2	26	49,1	33	31,1
Total	53	100	53	100	106	100

En la tabla 9 se apreció la exposición de los grupos de casos y controles al factor de riesgo que representan los antecedentes patológicos personales de sepsis vaginal, se observó que estos antecedentes estaban presentes en el 86.8 % de los casos y solo en el 50,9 % de los controles y el 68.9% de los pacientes encuestados tenían antecedentes personales de sepsis vaginal.

Esto coincide con estudios realizados donde consideran a la sepsis vaginal como un factor de riesgo para el cáncer cérvico uterino, las referidas con más frecuencia fueron la candidiasis vaginal y los condilomas acuminados Entre los cofactores medioambientales descritos en la carcinogénesis cervical se señalan las infecciones de transmisión sexual y dentro de éstas, con más frecuencia la Clamidia Trachomatis y el herpes simple tipo 2. ^(18,42)

En la bibliografía consultada ^(11,42) refiere una serie de enfermedades de naturaleza infecciosa de gran interés epidemiológico, la transmisión de agentes infecciosos como (Trichomonas, Gardenella, Herpes Virus tipo II (HSV-2). La más importante de estas infecciones persiste por una o más cepas oncogénicas es el Virus del Papiloma Humano VPH, puede desarrollarse un tumor pre-maligno, y si este no recibe tratamiento puede transformarse en cáncer. Se plantea que las lesiones precursoras causadas por el virus del papiloma humano VPH normalmente tardan

entre 10 y 20 años en convertirse en cáncer invasor, la mayor parte de los cánceres cérvico uterino pueden prevenirse mediante la detección precoz y el tratamiento anticipado de las lesiones pre cancerosas.^(19, 32,45)

Tabla 9.1. Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según Antecedentes Patológicos Personales de sepsis vaginal. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Antecedentes Patológicos Personales de sepsis vaginal		Controles		RD	IC 95 %	Chi ²	Valor p
		Si	No				
Casos	Si	24	22	7,33	[2,20 ; 38,27]	12,96	0,0003
	No	3	4				

En la tabla 9.1 se observó que la exposición a la sepsis vaginal, incrementa siete veces (RD=7,33) el riesgo de padecer de cáncer cervicouterino en relación con las que no tienen este antecedente, siendo significativa esta asociación con un intervalo de confianza para el OR de [2,20; 38,27] y un valor p= 0,0003.

El Chi cuadrado calculado para un grado de libertad es de (12,96) siendo mayor que el Chi cuadrado tabulado (3,841) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo o alternativa, corroborándose la asociación estadísticamente significativa entre la variable de riesgo y el cáncer cervico uterino.

Esto coincide con estudios realizados en México, donde Muñoz⁽³¹⁾ reporta estadísticas similares a nuestro estudio. La alta incidencia de infecciones de transmisión sexual tiene relación directa proporcional con esta neoplasia, el riesgo se eleva tres veces en las mujeres que posean dicho antecedente.

En la actualidad las infecciones de transmisión sexual (ITS) conforman el grupo más frecuente de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria, y entre ellas las

infecciones por papiloma virus humano (PVH) son las de mayor incidencia para el cáncer cérvico uterino ^(6, 10,45)

Tabla 10. Distribución de casos y sus controles según paridad. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila .Años 2009-2013.

Paridad	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nulípara	7	13,2	6	11,3	13	12,3
Con 1 ó 2 partos	20	37,7	35	66,04	55	51,9
Múltipara más de 2	26	49,1	12	22,6	38	35,8
Total	53	100	53	100	106	100

Con relación a la paridad en la tabla 10 se observó que en el grupo de los casos el mayor porcentaje lo aportan las mujeres multíparas con más de 2 partos (49,1%), mientras que en el grupo control, el mayor porcentaje lo tienen las mujeres con 1 ó 2 partos. Aunque el embarazo y el parto constituyen un hecho fisiológico en la vida reproductiva de la mujer, algunos autores señalan que el cáncer cérvico uterino es más frecuente en las mujeres con hijos que en las nulíparas, lo que coincide con el estudio, se considera que está asociado a que las féminas con un alto número de embarazos suelen comenzar pronto la vida sexual y su primer contacto. Las heridas e infecciones del cuello uterino, que ocurren durante el parto, alteran los límites normales entre los dos epitelios, y el número de embarazos llegados a término, debido a cierto grado de inmunodepresión que tiene la gestante, puede ser un elemento favorecedor del cáncer en general. ^(27,41)

Estudios recientes ^(30,45) asocian la paridad como factor de riesgo de este cáncer, bien por el traumatismo producido o por que el embarazo provoca un estado de inmunosupresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes

infecciosos

Tabla 10.1. Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según Antecedentes de multiparidad. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Multiparidad con más de 2 partos		Controles		RD	IC 95 %	Chi ²	Valor p
		Si	No				
Casos	Si	6	16	5,33	[1,53; 28,56]	7,58	0,0059
	No	3	28				

En la tabla 10.1 se observó que se incrementa cinco veces (RD=5,33) el riesgo de cáncer cérvico uterino en aquellas mujeres con antecedentes de multiparidad en relación con las que no tienen este antecedente, siendo significativa esta asociación con un intervalo de confianza para el OR de [1,53; 28,56] y un valor p= 0,0059.

El Chi cuadrado calculado para un grado de libertad es de (7.58) siendo mayor que el Chi cuadrado tabulado (3,841) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo o alternativa, corroborándose la asociación estadísticamente significativa entre la variable de riesgo multiparidad y el cáncer cérvico uterino.

Estudios de casos y testigos sobre cáncer invasivo del cuello uterino y carcinoma in situ, aportan resultados similares al nuestro debido a que sugieren que las mujeres con partos en edades tempranas y que además, tienen tres ó más partos a término, tienen un riesgo 2.6 veces más alto de aparición de cáncer cérvico uterino que aquellas que nunca han dado a luz. ⁽³⁰⁾

Tabla 11. Antecedentes Patológicos Personales de aborto en casos y sus controles. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Antecedentes Patológicos Personales de Aborto	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	39	73,6	20	37,7	59	55,7
No	14	26,4	33	62,3	47	44,3
Total	53	100	53	100	106	100

En la tabla 11 se observó que la exposición al factor de riesgo que representa los antecedentes personales de aborto, alcanzó mayores niveles en los casos (73,6 %) que en los controles (37,7%) y que el 55,7% de los pacientes encuestados tenían antecedentes personales de aborto.

Según lo expuesto en la bibliografía médica ^(35,46) acerca de que las manipulaciones obstétricas, ya sean por partos o abortos, se evidencia que tienen gran influencia en los cambios histológicos que pueden producirse en el epitelio escamoso columnar, pues esto produce desgarros o erosiones, que pueden crear daños en la multiplicación celular de dicha membrana.

Tabla 11.1. Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según Antecedentes Patológicos Personales de aborto. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila .Años 2009-2013.

Antecedentes Patológicos Personales de Aborto		Controles		RD	IC 95 %	Chi ²	Valor p
		Si	No				
Casos	Si	10	29	2,90	[1,37; 6,67]	8,31	0,0039
	No	10	4				

En la tabla 11.1 se apreció que el aborto, incrementa dos veces (RD=2,90) el riesgo de cáncer cervicouterino en relación con las que no tienen este antecedente, siendo significativa esta asociación con un intervalo de confianza para el EMV del OR de [1,37; 6,67] y un valor p= 0,0039. Por lo que existe una asociación estadísticamente significativa.

El Chi cuadrado calculado para un grado de libertad es de (8,31) siendo mayor que el Chi cuadrado tabulado (3,841) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo o alternativa

Esto coincide con un estudio donde plantean que el exceso de manipulaciones ginecológicas del cuello uterino durante los abortos, partos, y procedimientos diagnósticos proporcionan alteraciones cervicales que predisponen a un daño mayor de la zona. Estudios efectuados en cuatro continentes sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos tenían un riesgo 2,6 veces más altos de aparición de cáncer cervicouterino que aquellas que nunca habían tenido embarazos⁽⁴⁶⁾. Sin embargo un estudio realizado por Domínguez Trejo difiere del nuestro porque el antecedente de aborto y la aparición de cáncer Cervicouterino no tenían asociación estadísticamente significativa.⁽⁴³⁾

Tabla 12. Cambio frecuente de pareja en los casos y sus controles. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Cambio frecuente de pareja	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	24	45,3	11	20,8	35	33,0
No	29	54,7	42	79,2	71	67,0
Total	53	100	53	100	106	100

En la tabla 12 se observó que la exposición al factor de riesgo que representa el cambio frecuente de pareja, alcanzó mayores niveles en los casos (45,3 %) que en los controles (20,8%), pero predominó la no exposición (67%)

En la mayoría de los trabajos mencionados la asociación entre un elevado número de compañeros sexuales y la aparición de cáncer cervical está presente, y se considera que dicho número es una medida sustitutiva de la exposición a infección por el virus del papiloma humano. Sin embargo, existen estudios donde la asociación no es estadísticamente significativa, debido quizás a que la información que dan las participantes sobre el número de compañeros sexuales que han tenido es poco confiable, puesto que los datos son recolectados por distintas personas, en un marco tal vez no apropiado para responder de manera fiable a dicha pregunta, y/o a que el número de compañeros sexuales generalmente es un tema tabú (donde la monogamia entre las mujeres suele ser la regla), hecho que de alguna manera imposibilita evitar el sesgo de información al responder a dicha pregunta.⁽³⁰⁾

Según bibliografía consultada⁽²⁹⁾ donde se plantea que la promiscuidad, sin ser sinónimo de cáncer de cérvix, constituye un importante factor de riesgo. Numerosos

mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de padecer la enfermedad y los diversos elementos asociados con las relaciones sexuales. Muchas mujeres que sólo han tenido una pareja sexual también desarrollan la enfermedad, por lo que resulta sugerente considerar el papel del semen infectado con el VPH en la génesis del cáncer. Se deduce que la mujer con mayor cantidad de compañeros sexuales, tiene más probabilidades de desarrollar la infección como ocurre con todas las infecciones de transmisión sexual (ITS) ^(29,47).

Tabla 12.1. Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según cambio frecuente de pareja. Área Norte y Belkis. Municipio Ciego de Ávila. Años 2009-2013.

Cambio frecuente de pareja		Controles		RD	IC 95 %	Chi ²	Valor p
		Si	No				
Casos	Si	6	18	3,60	[1,29; 12,40]	6,26	0,0123
	No	5	24				

En la tabla 12.1 se observó que se incrementa tres veces (RD=3.60) el riesgo de cáncer cervicouterino en aquella mujeres con cambio frecuente de pareja en relación con las que no lo tienen, con un intervalo de confianza para el EMV del OR de [1,29; 12,40] y un valor p = 0,0123. Por lo que existe una asociación estadísticamente significativa.

El Chi cuadrado calculado para un grado de libertad es de (6,26) siendo mayor que el Chi cuadrado tabulado (3,841) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo o alternativa.

Coinciden con este estudio, Varela Álvarez y colaboradores ⁽²⁸⁾, porque hallaron también este factor de riesgo, con cifras superiores (56%), al igual que Amaro Hernández y colaboradores ⁽²⁴⁾ y Rosell Juarte y colaboradores ⁽²⁷⁾. La quinta parte

de las parejas sexuales tenía una conducta sexual promiscua, al igual que lo encontrado por otros investigadores.

Domínguez Trejo y colaboradores⁽⁴³⁾ hallaron que haber tenido más de 2 parejas sexuales, se observa como un riesgo de 19,6 veces para desarrollar el cáncer cervicouterino ,en comparación con los que tuvieron una pareja sexual, esto se relaciona directamente con una exposición al virus del papiloma humano, ya que a mayor número de parejas sexuales aumenta la exposición ,esto coincide con lo reportado por Rodríguez Salva et al ya que ellos reportaron como factor de riesgo para el cáncer cervicouterino al cambio frecuente de parejas sexuales .⁽⁴²⁾.

VI. CONCLUSIONES

Existe una mayor incidencia de Cáncer cérvico uterino en mujeres comprendidas en edad reproductiva de 25 a 44 años. La exposición al hábito de fumar, los antecedentes familiares de cáncer cervicouterino, la sepsis vaginal, la multiparidad, los antecedentes personales de aborto, y el cambio frecuente de pareja fueron los factores de riesgo que se asociaron de manera significativa con la incidencia de cáncer cervico uterino en la población estudiada.

VII. RECOMENDACIONES

Establecer programas de educación sanitaria dirigidos a toda la población femenina y especialmente a los grupos de alto riesgo, teniendo en consideración los factores de riesgo estudiados para reducir la incidencia de la enfermedad en el territorio.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

- 1-Erice Candelario AI, Román Fernández L, Ulloa Cruz V, Peláez Mendoza J, Juncal V. Afecciones Ginecológicas. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Louro Berna I, et al. Medicina General Integral: Principales afecciones en los contextos familiar social. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 2008. p. 365-396.

- 2.- Martínez Martínez A, Díaz Ortega I, Carl Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López JA, Isabel de la Torre A. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el Cáncer Cérvico Uterino en mujeres menores de 30años. Rev. Cubana ObstGinecol [Internet]. 2010 [citado 10 sep. 2013]; 36(1): [aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- 3.- Martínez SA. Cáncer ginecológico. Maestría de la atención integral a la mujer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.

- 4.- Falcón HE, Vargas FE, Barroso CR. Análisis del programa del cáncer cervicouterino .Rev. Cub Enfer.[Internet]1999[citado 10 Sep. 2013]; 15 (3):[aprox. 8 p.].Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf12399.htm

5. Camacho Carr K, Sellors JW. Cervical Cancer Screening in Low Resource Settings: Natural History of Cervical Cancer. [citado 21 Abr 2010]. Disponible en:<http://www.medscape.com/viewarticle/484034_5>

6.-Delgado Rubio A .Infección por virus del papiloma humano: neoplasias y patologías asociadas: prevención y vacunas. 8 ed. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2007.

7.-Sun CA, Liu JF, Wu DM, Nieh S, Yu CP, Chu TY. Viral load of high-risk human papillomavirus in cervical squamous intraepithelial lesions. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2009[citado 10 Sep. 2013]; 76(1): [aprox. 10 p.].Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002072920100529X>

8.-González Martínez WJ. Comportamiento del programa de pesquiasaje de cáncer cervicouterino. [Internet]. 2008 [citado 19 Sep. 2013]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1178/2/Comportamiento-del-programa-de-pesquisaje-de-cancer-cervicouterino>

9.-Núñez Herrero L, Yanes Calderón M. Citología orgánica: temor o desconocimiento. Rev. Cub Med Gen Integr [Internet].2007 [citado 4 Ene 2010]; 23(2): [aprox.10p.].Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_2_07/mgi08207.htm.

10.-Instituto Nacional del Cáncer. Los virus del papiloma humano y cáncer: preguntas y respuestas [Internet]. 2009[citado 10 Sep 2013]: [aprox. 7 p.].Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV-spanis>

11.- León Cruz G, de Jesús Bosques DO. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev. Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2008 [citado 10 Sep. 2013]; 31(1): [aprox. 10 p.].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

12.- Valentín Martínez C, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev. Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2009[citado 10 Sep. 2013]; 32(1): [aprox 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000200006&script=sci_arttext

13. Anuario estadístico. 2006. [citado 23 Abr 2008]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario>

14.-. Murthy NS, Matthew A. Risk factors for precancerous lesión of the cérvix. European Journal of Cáncer Prevention [Internet]. 2000[citado 19 Sep. 2013]; 9(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/MED/10777005>

15- Vázquez Márquez A, González Aguilera JC, de la Cruz Chávez F, Almirall Chávez AM, Valdés Martínez R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Rev. Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2008[citado 4 Ene 2010]; 34(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin07208.htm

16- Harvard Health Publications. Cáncer del cérvix (del cuello de la matriz) [página en Internet]. [Actualizado 04 Sep. 2008; citado 13 Feb. 2009]. [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.vidaysalud.com/su-salud-de-a-a-z/enfermedades-y-condiciones/a-c/cancer-del-cervix-del-cuello-de-la-matriz/>

17 -Peavor R, Bowden S, Jones J, Fiander A N, Hibbitts S. Human Papillomavirus negative but dyskaryotic cervical cytology: re-analysis of molecular testing. J Clin

Virol[Internet]. 2009 [citado 10 Sep. 2013]; 44(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S138665320900050X>

18.-. Cutié León E. Infecciones de transmisión sexual. En: Rigol Ricardo O, Cutié León E, Santisteban Alba S, Cabezas Cruz E, Farnot Cardoso U. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2004. p. 391-399.

19. -Cabezas Cruz E. Aspectos relacionados con la vacuna contra el virus del Papiloma humano. Rev. Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2008 [citado 21 Sep. 2013]; 34 (3): [aprox. 10 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000300004&nrm=iso

20. Cabezas Cruz E, Camacho Canino T, Santana Martínez A, Borrajero Martínez I, Aguilar Vela de Oro F, Romero Pérez T. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2001.

21- Cirión Martínez G. Anatomía Patológica. Temas para enfermería. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.

22. Fournier Segarra D. Medios diagnósticos en la detección precoz del cáncer cervicouterino.2004. [citado 23 Abril2008]. Disponible en[http://www.forunestudiantil.sld.cu/salones-virtuales/revisiones bibliográficas/medios-diagnósticos-en-la-detección.precoz-del-cáncer -cervicouterino.doc/download](http://www.forunestudiantil.sld.cu/salones-virtuales/revisiones-bibliograficas/medios-diagnosticos-en-la-detección-precoz-del-cáncer-cervicouterino.doc/download)

23. Consenso de Papiloma Virus Humano (HPV) y Herpes Simple Virus (HSV). Genital Sociedad Argentina de Dermatología, 30 de Septiembre de 2004. [citado 23 Abril 2008] Disponible en: <http://www.sad.org.ar/docs/hpvHSV.pdf>

24.-. Amaro Hernández F, Polo Cardoso K, Mendoza del Pino M, Pareta L, Cardoso Núñez O. Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparición del Cáncer Cérvico Uterino en un área de salud. Rev. Arch Méd de Cam [Internet]. 2003[citado 10 Sep. 2013]; 7(Supl. 2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7supl2/830.htm>

25. Sarduy Nápoles M. Correlación cito histológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. Rev. Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2009 [citado 12 Dic. 2008]; 35(1): [aprox.6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000100007&lng=es

26. Ong C K, Bernard H U, Villa L .Identification of genomic sequences of novel three human Papillomavirus sequences cervical smears of Amazonian Indians. J Infec Dis [Internet]. 1994 [citado 10 Sep 2013]; 170(5): [aprox. 10 p.].Disponible en: <http://jid.oxfordjournals.org/content/170/5/1086.short>

27- Rosell Juarte E, Muñoz Dobargane A, Cepero Muñoz F, Cardoso Hernández J, Estenoz Fernández A. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Rev. Arch Med de Camag. 2007; 11(Supl I): 2.

28-Varela Álvarez A, Valladares Lorenzo R, Ferrá Torres TM, Durruthy Wilson O, Córdova Dalacio D, Mendoza del Pino M. Cáncer Cérvico Uterino. Comportamiento durante el quinquenio 2002-2006 en la provincia Camagüey. MediCiego. 2008; 14(2):3-5.

29- Sarduy Nápoles M. Características clínicas y socio demográficas en un grupo de mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales cervicales de alto grado. Rev. Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2008 [citado 25 may 2010]; 34(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin08208.htm

30.- Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de Cáncer Cérvico Uterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Púb Méx. 2009; 47(5):342-350.

31. Muñoz N, Bosch FX, Sanjosé S, Herrero R. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Engl J Med. 2003; 348: 51827.

32. León Cruz G, Bosques DO. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2008 [citado 10 Sep 2013]; 31(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

33 Ferrá Torres TM, Estrada Abreu DR, Bermejo Bencomo W. Cáncer Cérvico Uterino y verrugas ano-genitales. Su relación. Arch Méd Camag [Internet]. 2008[citado 14 Ene 2010]; 12(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en:

<http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n1-2008/2292.htm>

34- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.

35- Mendoza del Pino M, Caballería Pérez F, García Oms C, Galán Álvarez Y. El cáncer en la provincia de Camagüey. Su comparación con el país. Rev. Arch Méd de Camag. 2007; 5 (Supl 2): 13-15.

36- León Cruz G, Bosques Diego OJ, Silveira Pablos M. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. Rev. Cub Obstetrician y Ginecología 2007; 30(3):14.

37- Rigol O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.

38-Chávez Roque M, Virelles Trujillo ME, Bermejo Bencomo W, Viñas Sifontes L. Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Rev. Arch Méd Camag. [Internet]. 2008 [citado 21 de May2012]; 12 (5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500012&lang=pt

- 39-Cartaya Olano M, Hernández Sáez I, González Sáez Y, del Pilar Álvarez Cisneros N. Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino AMC [Internet]. 2010 [citado 3 de Ene2010]; 14 (5): [aprox. 5 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500005&lng=es&nrm=iso
40. Cruz Hernández J, Yanes Quesada M, Isla Valdés A, Hernández García P, Velasco Boza A. Anticoncepción en la adolescencia. Rev. Cub Endocrinol [Internet]. 2007 [citado 19 Oct. 2010]; 18(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000100006&lng=es
41. Durán Cala MI. Cáncer cervicouterino. Comportamiento de algunos factores clinicoepidemiológicos en un área de salud. [citado 16 octubre 2010]. Disponible en: [http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2444/15/Cancer-Cervicouterino.-Comportamiento-de-Algunos-Factores -Clinico%96Epidemiologicos-en-un-Area-de-Salud](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2444/15/Cancer-Cervicouterino.-Comportamiento-de-Algunos-Factores-Clinico%96Epidemiologicos-en-un-Area-de-Salud)>
- 42-Rodríguez Salvá A, Ángel A. Echavarría Aguilera AA, Murlá Alonso P, Vázquez González C. Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev. Cubana Hig Epidemiol [Internet] 1999 [citado 5 de enero de 2013]; 37 (1): [aprox. 8 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30031999000100007&lang=pt
- 43.- Domínguez Trejo E, Zenteno Cuevas R. Factores de riesgo para desarrollar Cáncer Cérvico Uterino en pacientes atendidas en el centro estatal de cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa" [tesis] "Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana.2010.Disponible en :<http://www.uv.mx/msp/files/2012/11/TesisCaCu.pdf>

44.- Chibás Lamothe Y, Morlote Castañeda YY, Francis Jarrosay L, Mustelir Aira M, Bosch Gainza D. Estudio de agregación familiar y estrategia de prevención para cáncer cervicouterino en Guantánamo .Rev. Inficient [Internet].2011 [Citado 18 sep. 2014]; 71(3): [aprox.7 p].Disponible en: http://bvscuba.sld.cu/?read_result=cumed-47960&index_result=5

45-Ferrá Torres TM, Santana Álvarez J, Barreto Argilagos G. La infección por papiloma virus humano en la mujer: una revisión del tema. AMC [internet]. 2011[citado 4 Ene 2012]; 15 (6): [aprox. 6 p].
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000600015&lng=es&nrm=iso

46-Ferrá Torres TM, Estrada Abreu DR, Bermejo Bencomo W. Factores de riesgo medioambientales del cáncer cervicouterino AMC [Internet]. 2009 [citado 5 Ene 2013]; 13 (2): [aprox. 7 p]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000200006&lang=pt

47. Santillana Macedo MA. Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cérvico-uterino: un estudio en Hermosillo, Sonora. Salud Púb Méx [Internet]. 2004 [citado 26 Ene 2010]; 46(6):597-8. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600016&lng=en

ANEXOS.

ANEXO 1:

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El que suscribe _____

Hago constar por este medio, mi disposición y consentimiento a participar en el estudio, declaro que he sido informada del objetivo del estudio, para lo cual se me aplicará una encuesta, así mismo se me explicó las ventajas para nuestra Salud Pública y para la familia.

Doy mi consentimiento para que realice la encuesta de acuerdo a la valoración médica y criterios de inclusión para la admisión de esta investigación y para constancia de lo antes expuesto firmo este documento.

En Ciego de Ávila a los ____ del mes de _____ del año _____

Firma: _____

Anexo 2. Planilla de recogida de datos de factores de riesgos.

Comportamiento y asociación de los factores de riesgos en el cáncer Cervicouterino.

Datos Generales:

Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2do Apellido: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Provincia: _____

Caso _____ control _____

FACTORES DE RIESGOS

Antecedentes patológicos familiares: Antecedentes familiares de cáncer cervicouterino _____ Sí _____ No Antecedentes patológicos personales: Uso de anticonceptivos hormonales _____ Sí _____ No Antecedentes personales de sepsis vaginal. ----- Si ----- No Paridad ----- Ningún parto ----- Un parto ----- 2 partos ----- más de 2 Antecedentes personales de Abortos _____ Si _____ No	Variables socio demográficas: Edad: _____ Color de la piel: _____ Blanca _____ Negra _____ Mestizo Valoración nutricional _____ Talla _____ Peso Estilo de vida _____ Consumo de alcohol _____ Habito tabáquico Cambio frecuente de pareja ----- Si ha cambiado de pareja en los últimos tres meses ----- No ha cambiado de pareja en los últimos tres meses. Higiene sexual adecuada o inadecuada ----- Aseo al levantarse ----- Aseo en horario del baño ----- Aseo después de relaciones sexuales.
--	---