

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE “RAÚL ORTÍZ”
CIRO REDONDO



Caracterización de los factores de riesgos en las pacientes con cáncer cervico-uterino del municipio Ciro Redondo durante el año 2017.

Tesis para optar por el título de especialista en primer grado de medicina general integral

Autora: Yoana Delgado Caraballo

2018

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE “RAÚL ORTÍZ”
CIRO REDONDO

Caracterización de los factores de riesgos en las pacientes con cáncer cervico-uterino del municipio Ciro Redondo durante el año 2017.

Tesis para optar por el título de especialista en primer grado de medicina general integral

Autora: Yoana Delgado Caraballo

Aspirante a especialista de primer grado en medicina general integral

Tutora: Dra. Caridad Rosa Franco Almaguer.

Especialista en Medicina General Integral. Higiene y Epidemiología.

Profesora instructora.

Asesora; Dra. Lourdes del Carmen Gutiérrez Franco

Especialista de primer grado en medicina general integral

Master en atención integral al niño

Profesora asistente

Pensamiento

“La medicina es como profesión excelsa,

Pero como ciencia humildísima.

Marañón

Dedicatoria

A mis padres por su apoyo y amor incondicional, porque sin ellos no hubiera logrado mis sueños.

Agradecimiento

Hago extensivo este agradecimiento a todas las personas que de una forma u otra se interesaron por esta investigación, me mostraron su apoyo, aportando sugerencias y recomendaciones.

RESUMEN

El cáncer es la enfermedad que produce más muertes entre 5 y 49 años. A partir de los 50 años, es la segunda causa luego de las enfermedades cardíacas. Uno de cada 5 fallecimientos ocurre por esta causa, el cáncer cervicouterino constituye uno de los tumores malignos más conocidos en cuanto a su epidemiología, patogenia e historia natural, este persiste como importante causa de muerte en todo el planeta. A nivel mundial, el cáncer cervicouterino (CC) se ha convertido en los últimos años en el cáncer más común en la mujer, diagnosticándose cerca de 500.000 nuevos casos cada año. Caracterizar a las pacientes portadoras de cáncer Cervicouterino pertenecientes al consultorio 14 del área de salud de Ciro Redondo en Ciego de Ávila, se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo, en el período comprendido entre septiembre del 2015 y mayo del 2017. La muestra estuvo constituida por 27 pacientes diagnosticada con cáncer cervicouterino. Se utilizó como método empírico para la obtención de la información el análisis de documentos, específicamente las historias clínicas de las pacientes y el registro de morbilidad de las pacientes. El cáncer cervical sigue siendo un problema en las mujeres en la actualidad. Predominaron las pacientes en el grupo etáreo de 25-35 años en el municipio de Ciro Redondo.

Palabras claves: Cáncer Cervicouterino, factores de riesgo

ÍNDICE

Introducción.....	1
Marco Teórico.....	4
Materiales y Métodos.....	19
Análisis y discusión de los resultados.....	23
Conclusiones.....	32
Referencias bibliográficas.....	33
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El cáncer es la enfermedad que produce más muertes entre 5 y 49 años. A partir de los 50 años, es la segunda causa luego de las enfermedades cardíacas. Uno de cada 5 fallecimientos ocurre por esta causa, el cáncer cervicouterino constituye uno de los tumores malignos más conocidos en cuanto a su epidemiología, patogenia e historia natural, este persiste como importante causa de muerte en todo el planeta y afecta a miles de mujeres en América Latina, África y Asia, fundamentalmente en países como la India, donde se registran hasta 25 000 muertes al año debido a esta entidad clínica (1,2).

A nivel mundial, el cáncer cervicouterino (CC) se ha convertido en los últimos años en el cáncer más común en la mujer, diagnosticándose cerca de 500.000 nuevos casos cada año (1,2). En nuestro país es la quinta causa de muerte por cáncer en la mujer con una tasa de mortalidad de 8,5 por 100.000 mujeres (3).

Se ha observado una mayor incidencia de neoplasias en mujeres con pocos recursos económicos y bajo nivel educativo. La tasa de incidencia estandarizada por edad indica una diferencia de más de 7 puntos entre los países desarrollados y las naciones en vías de desarrollo (2).

Estadísticas y datos de servicios hospitalarios muestran que cada año aproximadamente 1 de cada 1 000 féminas con las edades de 30 a 54 años, en América Latina y el Caribe, presentan cáncer de cuello uterino y requieren de hospitalizaciones prolongadas, por lo que empeoran las situaciones familiar y social (3-6).

De manera general, en Latinoamérica la tasa de incidencia de este carcinoma es de 20,5 por cada 100 000 mujeres, del cual Chile ha notificado la mayor, con 30 por 100 000 anualmente. En Guanacaste, Costa Rica, la referida tasa fue de 32,5 por 100 000 mujeres en 1997 (4).

Las tasas estandarizadas de mortalidad más altas por ese tipo de tumor las presentan Haití, Nicaragua y Bolivia. En México se refiere una mortalidad por esta afección de 16 por cada 100 000 mujeres y en Venezuela se le ha indicado como la principal causa de muerte por neoplasia maligna en este sexo. Por otra parte, Grecia ha informado la menor tasa con 1,3 por 100 000 féminas (4).

El cáncer cervicouterino es un proceso oncoproliferativo celular que se caracteriza por pérdida de la estratificación del epitelio y la polaridad de sus células; hay hipercromacia, mitosis anormales y pleomorfismo celular. Es el más frecuente del aparato genital femenino y ocupa el segundo lugar en frecuencia de cáncer en la mujer precedido por el de mama (7).

Cada año en el mundo se presentan alrededor de 500 000 casos nuevos de cáncer cervical y casi 274 000 mujeres mueren por su causa, aproximadamente el 85 % de ellas en países pobres. Su incidencia es particularmente alta en América Latina y el Caribe (33.5 por 100 000 mujeres) (8).

Entre 2005 y 2009, la OMS y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer participaron en la realización de programas de prevención y control del cáncer cervicouterino a base de la IVAA, seguida de la crioterapia cuando era posible, en seis países africanos: Malawi, Madagascar, Nigeria, la República Unida de Tanzania, Uganda y Zambia. Hasta la fecha se han sometido a tamizaje más de 20 000 mujeres y actualmente la IVAA forma parte del tamizaje cervicouterino en 17 programas nacionales o regionales (4).

En México, cada dos horas muere una mujer por cáncer cervicouterino y el virus de esa enfermedad puede estar presente hasta 20 años (9).

Los países en desarrollo superan sus opciones para encontrar la mejor forma de prevenir el cáncer cervicouterino. El tamizaje sigue siendo la mejor inversión para afrontar el cáncer del cuello uterino. Cuba se encuentra en segundo lugar en mujeres de 20 a 30 años, luego del cáncer de mama, y su incidencia es de un 21% (10-13).

En Cuba cada año se diagnostica de 20.000 a 25.000 nuevos casos de cáncer y se estima que en el próximo año serán diagnosticados más. En la provincia de Ciego de Ávila hay estudios realizados en poblaciones específicas donde la incidencia es de un 15% a partir de las edades de 30 años de edad sin embargo en el municipio ha sido pobremente abordado este tema se ha visto una incidencia de 5% en estudio realizado en 2009 en el municipio de Ciro Redondo y en el 2016 el CMF-14 tuvo una incidencia de 3% en población mayor de 25 años de edad, observándose por parte de médicos y enfermeras el incremento en la aparición de cáncer cervicouterino en edades cada vez más tempranas (13-15).

Cuba se incluye entre los de más baja incidencia y mortalidad en Latinoamérica sin embargo se ha observado un aumento significativo en la aparición de la enfermedad en pacientes cada vez más jóvenes observándose que han fallado los mecanismos de promoción y prevención de salud por parte de la atención primaria constituyendo esto un problema de gran envergadura que interesa a profesionales de la salud como a la población haciéndose necesario tomar medidas al respecto para de esta forma tratar los factores de riesgo y elevar los índices de salud poblacional, ya que esta entidad preocupa no solo a médicos de familia sino a internistas ,ginecólogos etc. (13,16).

Problema: ¿Cómo caracterizar los factores de riesgos en pacientes con cáncer cervico-uterino?

OBJETIVOS

Objetivo general: Caracterizar los factores de riesgos en las pacientes con cáncer cervico-uterino pertenecientes al consultorio 14 del área de salud de Ciro Redondo en Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Distribuir la muestra según grupo etáreo, ocupación, estatus marital, edad del primer coito, embarazo en la adolescencia, edad del primer parto y período intergenésico.
2. Determinar presencia de infecciones ginecológicas antes del diagnóstico del cáncer.
3. Identificar hábitos tóxicos y uso de tratamiento hormonal.

MARCO TEÓRICO

El útero forma parte del aparato reproductor femenino. Anatómicamente tiene forma de pera invertida y está situado en la pelvis, entre el recto y la vejiga. Está formado por dos partes: la zona más inferior, situada en el interior de la vagina, llamada cérvix o cuello de útero por ser de forma más alargada y estrecha y la parte más ancha, situada por encima del cuello, se denomina cuerpo del útero (17).

El cuello del útero cuelga en el interior de la vagina. La mucosa que lo recubre está en contigüidad con la vagina y se denomina ectocérvix, mientras que la que recubre el conducto o canal cervical, que lleva hasta la cavidad del cuerpo uterino se denomina endocérvix. La mayoría de los tumores aparecen en la zona de unión del ectocérvix y el endocérvix (unión escamocolumnar) (17).

Histológicamente el cuello uterino está tapizado por el tejido epitelial que se disponen muy juntas y empaquetadas. El epitelio endocervical es cilíndrico y epitelio cervical externo es plano poliestratificado (18-19).

Así entonces el endocervix, posee un epitelio simple o sea con disposición de una sola capa de células y células cilíndricas que son altas pero no tan anchas, el exocervix, presenta un epitelio poliestratificado, disposición de dos o más células y con celularidad plana, pavimentada o escamosa que se disponen como baldosas (mosaicos de un piso) y son delgadas, disposición y forma debido a los traumatismos frecuentes. En el exocérvix existe, de forma fisiológica, la invasión por tejido endocervical (esto ocurre en la zona de transición de ambos; la unión escamocolumnar que, mediante reepitelización, se repara, siendo sustituida por un epitelio plano poliestratificado exactamente igual al originario (18-19).

En ocasiones, el proceso de reparación se modifica, el epitelio escamoso que se origina no es normal y se produce una alteración de las células que lo constituyen, este tipo de lesiones se denomina displasia (19).

Factores de riesgo del cáncer cervicouterino.

1. Sexualidad
2. Virus del papiloma humano
3. Hábito de fumar

4. Anticoncepción oral
5. Promiscuidad
6. Enfermedades de transmisión sexual
7. Déficit congénito de alfa 1 anti tripsina
8. Multiparidad /parto.
9. Inmunodepresión
10. Grupo sanguíneo
11. Alcohol

Virus del papiloma humano (PVH):

Los PVH, miembros de la familia Papovaviridae, son pequeños virus de estructura isocábrica de 55 micrómetros de diámetro con un núcleo central denso de ADN de doble banda, circular de escasamente 8 000 pares de bases. Son clasificados en géneros, especies y tipos (20).

Los PVH se han subclasificado según el material oncogénico en bajo y alto riesgo. La International Agency For Research Cancer (IARC) de la OMS los clasifica en oncogénicos (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56) y probablemente oncogénicos (tipos 26, 53 y 66) (20).

Los PVH 6 y 11 son considerados de bajo riesgo, sus lesiones son casi siempre benignas o se asocian a grados discretos de displasia cervical, y causan el 90 % de los condilomas acuminados, pero son un importante indicador para las infecciones por virus de alto riesgo (20).

Los PVH 16 y 18 son los agentes causales del 70 % de los CCU. Kenter G.G, et al, señalan el PVH está implicado en más del 75 % de los casos de neoplasia vulvar intraepitelial (NVI). En mujeres con condilomas acuminados, el riesgo de NVI aumenta ocho veces (20).

A pesar de ser la infección por PVH la causa necesaria del cáncer de cérvix, no es de ninguna manera suficiente para el desarrollo de este tumor, la persistencia del virus en el epitelio cervical es el factor más importante de riesgo de desarrollo de lesiones displásicas y de cáncer de cuello. Los factores que influyen en la persistencia del virus (la carga viral por unidad celular, las variantes filogenéticas y la integración con el DNA celular). Los posibles cofactores en la mujer la susceptibilidad

genética, los factores que regulan la respuesta inmunitaria celular y humoral a la infección por el PVH, HLA y el p53, entre otros muchos (20-21).

La infección por PVH se expresa en forma clínica, subclínica y latente. La manifestación clínica habitual son los condilomas acuminados, verrugas anogenitales, verrugas genitales, papilomas venéreos, verrugas venéreas o cresta de gallo. En la infección subclínica, las lesiones sólo son visibles por colposcopia (20).

Hábito fumar:

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. Estudios realizados señalan la asociación entre el tabaquismo activo y el desarrollo del cáncer cérvico uterino. Entre los factores que aumentan la posibilidad de desarrollar lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino se encuentra claramente identificado el consumo de tabaco. Indican que las mujeres fumadoras tienen un riesgo de al menos el doble que las mujeres no fumadoras de desarrollar lesiones precursoras y cáncer cervical (22-23).

Multiparidad y parto:

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. La investigación realizada por Muñoz, que comparte datos de ocho casos de estudio y testigos sobre cáncer cérvico uterino y dos de cáncer in situ, en cuatro continentes, sugiere que las mujeres con tres o cuatro embarazos a término presentaban 2,6 veces más alto de desarrollar cáncer que aquellas mujeres nulíparas; en tanto que las mujeres con siete partos o más tenían 3,8 veces mayor riesgo (21-23).

Otros estudios reafirman esta relación entre alta paridad y cáncer cérvico uterino, aún no se han determinado las razones fisiológicas de esta relación; sin embargo, se ha considerado que los cambios hormonales relacionados con el embarazo y los

traumatismos cervicales en el momento del parto pudiesen tener alguna función (21-23).

Enfermedades de transmisión sexual:

Entre los factores medioambientales que favorecen una infección persistente, se señalan otras infecciones de transmisión sexual (ITS), de éstas se destacan con mayor énfasis, la infección por *Chlamidia Trachomatis* y por herpes virus tipo 2 (21).

Chlamydia trichomatis: Según Prozialeck, *Chlamydia trichomatis* causa la ruptura del complejo N-cadherin/beta-catenin ya que el organismo puede secuestrar betacatenin sin la inclusión de la *Chlamydia*, lo que representa un importante mecanismo mediante el cual ésta altera la función celular del epitelio (21,22).

Herpes simple 2: El herpes simple 2 fue el foco de un gran estudio durante las décadas de 1960 y 1970, donde se comprobó en estudios serológicos que mostraron una alta prevalencia de anticuerpos HSV-2 entre mujeres con neoplasia cervical comparados con controles. Se ha tratado de explicar esta acción por un efecto del sinergismo entre el HSV-2 y el HPV, que este virus actúa como un cofactor en el desarrollo del cáncer de cérvix (17).

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1): Numerosos estudios han demostrado la asociación del VIH-1 y el cáncer de cérvix. La División del HIV-SIDA, del Centro de Control y Prevención de Atlanta, en un estudio sobre 925 pacientes portadoras del VIH-1, sugiere que este virus aumenta el riesgo de desarrollar un carcinoma y debe realizarse un seguimiento estrecho (21-24).

Anticonceptivos orales:

Por otro lado, algunas investigaciones como la de Moreno, han estudiado la relación potencial entre el uso prolongado de anticonceptivos orales y el desarrollo de cáncer cérvico uterino. El análisis que hicieron estos investigadores de los datos compartidos de diez estudios de casos y testigos de pacientes con cáncer cérvico uterino in situ e invasor, indica que el uso por un plazo prolongado (alrededor de diez años) de anticonceptivos orales aumenta hasta cuatro veces el riesgo de desarrollar cáncer cérvico uterino en las mujeres que tenían además infección por virus papiloma humano. Sawaya y colaboradores concluyen en su estudio que ninguna

mujer debe tomar anticonceptivos sin antes realizarse un examen ginecológico, incluyendo una citología (23-24).

Inmunodepresión:

Es otro co-factor en el desarrollo del cáncer. Se sabe que los pacientes inmunodeprimidos son más susceptibles a las infecciones víricas. Las células T son el ejército que tiene el organismo para destruir cualquier cuerpo extraño, entre ellos los virus por ejemplo el PVH, que penetran en el cuerpo humano. Pero en esa lucha se destruyen muchos (24).

Las evidencias clínicas sugieren que la inmunidad celular es importante en la protección contra la persistencia del VPH. Estos resultados se documentan con la alta incidencia de displasias en pacientes inmunosuprimidos por trasplantes y en los infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Diversos estudios reportan desregulación en la producción de citoquinas y déficit de las células TCD4+. Alteraciones en la respuesta a los mitógenos Phytohemaglutinin (PHA) y a la interleuquina 2, y en el patrón de citocinas, tanto localmente como en sangre periférica, se describen en los estadios más avanzados de displasia y cáncer cervical y en general estas modificaciones están asociadas, con la incapacidad del sistema inmune de controlar la infección (25).

Promiscuidad:

Las mujeres con mayor número de compañeros sexuales (prostituta, promiscua) aumenta el riesgo del cáncer de cérvix por la posibilidad de una mayor contaminación con el HPV, y otras enfermedades de transmisión sexual transmitido por algunos de ellos durante el traumatismo del acto sexual (24-28).

Un estudio español, que ha sido publicado en la revista del Instituto Nacional del Cáncer de EEUU (Journal of the National Cancer Institute) afirma que las féminas tienen más probabilidades de desarrollar cáncer de cérvix si son promiscuas además si sus maridos les son infieles (24-28).

Estudios realizados hace 25 años demostraron que el NIC/ cáncer cervical era mucho más frecuente entre las prostitutas que en el resto de la población. El VPH resulta inofensivo para el hombre, la conducta sexual masculina y su relación con

este tipo de cáncer es la protagonista. Además, se plantea si el marido era promiscuo y está infectado pone a riesgo a su mujer (24-28).

Estudios demuestran que no hay ninguna duda que los maridos infieles que están infectados por el papilomavirus multiplican por cinco el riesgo de sus mujeres de padecer cáncer de cuello de útero. Pero no sólo la falta de lealtad es un riesgo para la salud del sexo femenino, sino que dicho riesgo aumenta en dependencia de cuántas veces y con qué mujeres la pareja es infiel. Así, las mujeres cuyos cónyuges han tenido 21 o más contactos sexuales extramaritales poseen un riesgo once veces mayor de padecer cáncer de cuello de útero, y ocho veces más si la pareja escogida para ser infiel es una prostituta, mujeres, que según el doctor Bosch (24-28).

Sexualidad:

Estudios realizados en la población mexicana, demuestran que iniciar las relaciones sexuales a los 19 años o menos incrementa 4 veces el riesgo de padecer cáncer cérvico-uterino. Es trascendental en las adolescentes en el medio cubano de 15-17 años, pues se debe tener en cuenta que es precisamente en estas edades cuando se produce el inicio de sus relaciones sexuales coitales. Se ha estimado, que si todas las mujeres comenzaran su vida sexual a los 20 años o más, se evitaría un 40% la aparición del cáncer cérvico-uterino. Así de simple y así de impactante a nivel de salud pública. Probablemente la edad de inicio de vida sexual activa influye en la generación del cáncer cérvico uterino debido a la "inmadurez" que las células del cuello uterino tienen en los adolescentes (19 años o menos). 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. Esto hace que se infecten más fácilmente con el Papilovirus humano durante la relación genital. Si se infectan más fácilmente con este virus, más fácilmente pueden llegar a desarrollar cáncer, pues la presencia del Papilomavirus es un factor importantísimo en este sentido. Por otro lado, si se tienen diversas parejas sexuales, existe más probabilidad de infecciones de transmisión sexual, por ende, más probabilidades de

adquirir el Papilomavirus y consecuentemente más riesgo de un cáncer cérvico-uterino (26,27).

Una historia obstétrica y ginecológica, antecedentes patológicos familiares de NIC o cáncer cérvico-vaginal, exámenes complementarios y síntomas actuales con referencia al tiempo y secuencia de aparición de los mismos son importantes para el médico (17-24).

En su etapa inicial de neoplasia intraepitelial (NIC), la sintomatología es nula, y solo detectable por prueba de Papanicolau (17-24).

Comienza cuando la infiltración penetra el estroma e invade los tejidos vecinos.

El síntoma más frecuente en esta etapa es el sangrado intermenstrual, sobre todo después del coito. En etapas algo más avanzadas, la paciente puede presentar leucorrea fétida y sanguinolenta. El dolor no aparece hasta que se infiltran los ligamentos que sostienen en su lugar el cuello del útero, se irradia a la pelvis y en ocasiones al muslo. En su etapa invasora puede ocurrir incontinencia urinaria y expulsión de heces por la vagina, que son señales de que el tumor ha fistulizado (17-24).

Tradicionalmente, por la alteración morfológica del cérvix, se describen cuatro formas macroscópicas: erosiva, ulcerada, exofítica y en tonel. La forma erosiva se presenta como una zona rojiza, más o menos pequeña. La forma ulcerada aparece como una úlcera más o menos excavada, con necrosis central, base dura irregular y granulosa de bordes duros. La forma exofítica aparece como un racimo de tejido neoplásico, en “coliflor”, muy sangrante y friable. En la forma endofítica o en tonel, el cuello es de aspecto redondeado, de consistencia aumentada por la infiltración intracervical a partir de la unión escamoso-cilíndrica. Pueden observarse combinaciones de esas formas (24).

La principal sintomatología del cáncer cervicovaginal es el sangrado poscoital, dispareunia, dolor pélvico al esfuerzo físico, secreción vaginal fétida, además el inicio de los síntomas generales. El examen físico General y ginecológico (cérvix y vagina con espéculo) para describir volumen y características del tumor (ulcerado, exofítico o endofítico en tonel), infiltración de parametrios y paredes pélvicas. Sobre la infiltración a parametrios, hay que insistir para el estadiaje de un cáncer de cérvix e

instituir el tratamiento adecuado para esa etapa, según el tercio del parametrio que está infiltrado. La importancia del tacto rectal para cerciorarse si el parametrio está más acortado con relación al otro porque dicho acortamiento significa que está infiltrado. En la Consulta Central del INOR, se han recibido pacientes operadas en otro centro, a quienes se les ha realizado histerectomía por un cáncer de cérvix en etapa III, quitándole la posibilidad de ponerle un tándem en la cavidad uterina, por no hacerle un tacto rectal y como dice el siguiente dicho, “El que no mete el dedo, mete la pata” (24).

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que se caracteriza por alteraciones de la maduración, anomalías nucleares, pérdida de la estratificación del epitelio y la polaridad de sus células. Ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad. Se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad: I, II y III (7-29).

Grados de Neoplasia intraepitelial cervical (Sistema Bethesda), Richart, OMS: Squamous Intraepitelial Lesions (SIL) (18).

LGSIL (low grade squamous intraepitelial lesions) sinónimo de CIN 1 por clasificación Richart y displasia leve por la OMS

HLSIL (high grade Squamous intraepitelial lesions) incluye CIN 2, CIN 3 o displasia moderada, grave o CIS respectivamente (18).

CIN 0: Epitelio cervical normal

CIN 1: Displasia leve, el crecimiento anormal de las células se limita a 1/3 de la capa basal del epitelio. Más de la mitad de las mujeres con este resultado no van a necesitar tratamiento ya que las anomalías generalmente desaparecen por sí mismas (18).

Sin embargo, algunas mujeres pueden tener, o pueden desarrollar, una enfermedad del cuello de útero que requerirá tratamiento.

CIN 2: Displasia moderada que se limita a 2/3 de la capa basal del epitelio. Las anomalías clasificadas como NIC 2 es probable que puedan progresar (18).

Por ello, a las mujeres con este resultado generalmente se les aconseja de realizar un tratamiento que consiste en la extirpación del área anormal y así disminuir las posibilidades de desarrollar un cáncer.

CIN 3: Displasia severa que se extiende más allá de 2/3 del epitelio, y puede incluir todo el grosor. Muchas veces esta lesión es sinónimo de carcinoma cervical in situ (18).

Las anormalidades clasificadas como NIC 3 es más probable que puedan progresar, todo debe ser tratado con extirpación del área anormal y así disminuir las posibilidades de desarrollar un cáncer de cuello de útero. El cáncer cervical o carcinoma de cérvix es una enfermedad maligna que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina (30-31).

En 1991 el Sistema Bethesda que evalúa y estadía la neoplasia intraepitelial que fue originado en 1988, fue evaluado. Más del 90% de los laboratorios utilizaban este sistema. En 2001, se volvió a evaluar la terminología que se había utilizado, modificando algunos términos (32-33). El fin de este sistema es comunicar al médico solicitante la mayor información posible para ser utilizada para el diagnóstico de la paciente. Este informe es descriptivo en el que se incluyen varios aspectos citológicos como el nivel hormonal, morfológico y microbiológico (32-33).

Las lesiones premalignas o el cáncer de cuello de cérvix o cuello de útero es uno que se pueden diagnosticar precozmente, es decir, antes de que la mujer aprecie algún síntoma. Existen dos maneras de evitar la enfermedad: por un lado, se pueden prevenir las lesiones premalignas y por otro lado, detectarlas y tratarlas antes de que estas lesiones invadan en profundidad. Las revisiones ginecológicas habituales y la realización regular del test de Papanicolau o citología cérvico-vaginal permite el diagnóstico de las lesiones premalignas, de tal forma, que su tratamiento evita que éstas evolucionen a lesiones invasivas (34-38).

El test de Papanicolau o citología cérvicovaginal sigue siendo la prueba más adecuada frente a otras pruebas disponibles en la actualidad. La aplicación de los programas de cribado realizada de forma eficaz, ha demostrado ser efectiva en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en todo el mundo, aunque ninguno ha logrado erradicar totalmente la enfermedad (34-38).

El test de Papanicolau es una prueba sencilla, no dolorosa que se realiza durante el examen ginecológico de rutina. Mediante una espátula se obtienen células del fondo de la vagina y del ectocérvix. Con un pequeño cepillo redondeado se toman células del interior del cuello. Las células así recogidas se depositan sobre un cristal especial denominado portaobjeto, que será enviado al laboratorio para analizar la muestra al microscopio (34-38).

Recomendaciones para la realización de la prueba:

- Evitar las relaciones sexuales en las 48 horas previas a la realización del mismo.
- Evitar lavados vaginales en las 48 horas previas.
- No utilizar espermicida u otras cremas vaginales 48 horas antes del test.
- La prueba ha de realizarse entre periodos.

Se recomienda la realización de este test en mujeres que sean o hayan sido sexualmente activas que no hayan sido sometidas a histerectomía o lo hayan sido por cáncer de cérvix o por lesiones premalignas, con edades comprendidas entre 25 y 65 años (recomendación de la CE). El programa nacional de contra el cancer cervicouterino las citologías se realizan cada 3 años a partir de los 25 hasta los 65 años de edad. El límite de edad superior dependerá de si las dos últimas citologías son normales (17-35). Si en la citología hubiera alguna alteración, se debe visualizar el interior de la vagina y el cuello del útero con una colposcopia y si se observaran lesiones sospechosas, obtener biopsias de la zona. En ocasiones se precisa obtener una zona más amplia del cuello del útero para estudiarla, lo que se denomina conización. La Colposcopía detecta y trata lesiones precancerígenas y cancerosas en el cuello de la matriz, así como diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (17-35).

Esta técnica fue propuesta por Hinselmann en 1924, quien se planteó que la observación del cervix era insuficiente para diagnosticar lesiones premalignas del cuello uterino. En compañía de Von Franke desarrolla el método colposcópico y ambos establecen la importancia de la leucoplasia para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino (17-35).

Indicaciones:

Citología de Papanicolau dudosa o positiva para enfermedad preinvasora o invasora

del cérvix. La lesión cervical o vaginal o antecedentes de leucorrea, evidencia clínica de enfermedades de transmisión sexual por virus del Papiloma Humano, virus del Herpes simple (17-35).

Procedimiento:

Para la realización de esta técnica es necesario exponer el cérvix con espejo vaginal. Posteriormente se aplica ácido acético al 3-5%, con esto se clarifica la imagen, las papilas se hacen más nítidas, facilitando la ubicación del límite escamocolumnar. Además, se obtiene mucólisis y vasoconstricción, con vasodilatación reactiva posterior, que causa edema en zonas de mayor densidad celular. Mediante esta técnica se pueden realizar procedimientos terapéuticos como biopsias dirigidas, conizaciones, electrocoagulación, vaporización con láser, etc. (38-39).

El Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM) en México desarrolló un dispositivo médico portátil que sirve para diagnosticar, en menos de dos minutos, el cáncer cervicouterino. El aparato, que se asemeja a la forma de una pistola y debe calibrarse por 15 segundos, luego se coloca el consumible y se introduce la punta en la vía vaginal para realizar la prueba, utiliza dos tecnologías: la medición óptica y la eléctrica, las cuales permiten hacer un diagnóstico con una confiabilidad de 85%, mayor al que aporta el método de citología vaginal o Papanicolau. En entrevista con la Agencia Informativa del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), el investigador del Tec Campus Monterrey, Jesús Seáñez de Villa, explicó que uno de los métodos del dispositivo para detectar el cáncer es la emisión de halos de luz (roja, verde y azul). “Mientras más avanzada esté la enfermedad, mayor es el rebote de luz”. La segunda técnica es la medición eléctrica que consiste en aplicar una pequeña corriente en el tejido o imperceptible para la paciente y se registra la resistencia del mismo al paso de la corriente. En ese caso, mientras más avanzada esté el cáncer menor es la resistencia que mide el aparato (40-43).

Condiciones precancerosas: El tratamiento dependerá de varios factores: si la lesión es de bajo o de alto grado, si la mujer desea tener hijos en el futuro, de la edad y salud general de la mujer, y de la preferencia de la mujer y del médico (40-41).

La displasia leve (LGSIL o NIC I).

Lesiones de bajo grado: suele hacerse una extirpación de la parte del tejido que contiene las células anormales. Algunos métodos que se usan para extirpar son (40,41):

- Conización.
- Topificaciones con ácido tricloroacético.
- Criocirugía.

En algunos casos puede tomarse una conducta de espera y control periódico como refieren otros autores recomiendan una observación cuidadosa con citologías vaginales repetidas o atención médica cada 6 a 12 meses. Si los cambios no desaparecen o empeoran, es necesario el tratamiento.

- Lesiones de alto grado (HGSIL o NIC II, III o CIS).
- Criocirugía (para congelar las células anormales).
- Terapia con láser, (la cual usa luz para quemar el tejido anormal).
- Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP), el cual utiliza electricidad para eliminar tejido anormal.
- Conización quirúrgica, (Cirugía para extirpar el tejido anormal).
- Histerectomía en raras ocasiones (40,41).

Cancer de cuello uterino: el tratamiento dependerá del lugar y tamaño del tumor, la edad y salud en general de la mujer, y será muy importante la extensión de la enfermedad, además de otros factores (40,41).

La estadificación (estadios, fases o etapas de una enfermedad) es un intento cuidadoso de descubrir si el cáncer se ha diseminado y, si es así, cuáles son las partes del cuerpo afectadas. Para lograrlo es que se piden varios de los estudios y análisis, como la TAC, la RMN, el programa excretor, RX de tórax, hematología y toda química sanguínea, etc. (40,41).

El tratamiento se adecuará al estadio del cáncer en que se encuentre la mujer y será de resorte del especialista que hacer en cada una de estas situaciones particulares. Citamos aquí, a grandes rasgos, en qué consisten las terapéuticas

El tratamiento del cáncer de cuello uterino se realiza con cirugía y radioterapia (las más usadas) y algunas veces se usa la quimioterapia o la terapia biológica (40-42).

La supervivencia y el control pélvico/ local de la enfermedad se correlacionan con el estadio según la FIGO, si bien el pronóstico también depende de otros factores no incluidos en este sistema de estadiaje y que nos condicionarán el tratamiento y la supervivencia de las pacientes. El tamaño del tumor se relaciona estrechamente con el pronóstico (40-42).

Para tumores (t) <5 cm, tratados con radioterapia, la supervivencia a los 5 años es de 83 % de pacientes.

Para T entre 5-7.9 cm, la supervivencia es del 66%.

Para T mayores de o iguales a 8 cm, la supervivencia es del 46 %.

La afectación de los ganglios linfáticos es también un importante predictor de la supervivencia. Para las pacientes con E. IB sometidas a histerectomía radical, la supervivencia a 5 años es del 85% al 95 % si no hay afectación ganglionar pélvica; si la hay, desciende a porcentajes entre 45% - 55 %.

Si existe afectación de los ganglios para-aórticos y son tratados con radioterapia, la supervivencia varía entre 10-50 % a 5 años, dependiendo de la extensión de la enfermedad pélvica y del número de ganglios para-aórticos afectos.

Otros factores a tener en cuenta son los histológicos, que podremos valorar tras la realización de la histerectomía: La infiltración vascular y / o linfática, invasión profunda del estroma, la extensión parametrial y márgenes positivos. Este subgrupo de pacientes tienen mayor riesgo de recaída y su oncólogo valorara cual es el mejor tratamiento a ofrecer tras la cirugía, si radioterapia sola o combinada con quimioterapia (40-42).

El subtipo histológico adenocarcinoma tiene peor pronóstico que el carcinoma escamoso.

La anemia es un factor que aumenta el número de recaídas pélvicas en aquellas pacientes (con tumores no candidatos a cirugía) que son tratadas con radioterapia o radio quimioterapia combinadas (17).

Acciones de salud:

El personal de salud está capacitado para emprender acciones sanitarias encaminadas a una atención efectiva, estas son:

- Prevención primaria a través de la educación en salud para reducir conductas sexuales de alto riesgo.
- Detección precoz a través de la prueba citológica.
- Diagnóstico, tratamiento y control de las lesiones intraepiteliales.
- Cuidados paliativos de la enfermedad en etapas avanzadas.

Estrategias de las acciones preventivas:

En la atención primaria de salud se deben realizar acciones de salud para fortalecer el programa de cáncer cervicouterino, entre ellas se destacan (27-30):

- Promoción de salud a través de las diferentes técnicas educativas a ejecutar en los escenarios de salud, docentes y laborales, además de audiencias sanitarias con los promotores de salud en las comunidades y la divulgación por los medios masivos de comunicación.
- Desarrollar acciones de salud dirigidas a sensibilizar a la población femenina acerca de la importancia de realizarse la prueba citológica.
- Incrementar la toma de citología cervical.
- garantizar la calidad en la toma de la muestra.
- El equipo de salud debe mantener actualizado el registro de pruebas citológicas según control y seguimiento de las mujeres.
- Educar y sensibilizar a la población para evitar una vida sexual precoz y en particular a la población adolescente sobre el adecuado uso del condón, como evitar prácticas sexuales de riesgo y las infecciones de transmisión sexual.
- Promover entre la población general las relaciones sexuales monogámicas.
- Promover la reducción del tabaquismo y la ingestión de bebidas alcohólicas en la mujer.
- Promover la ingesta de alimentos que contengan complejo b y vitamina c.

Vacuna contra el virus del papiloma humano

Algunos países utilizan de forma sistemática vacunas profilácticas contra determinados tipos de virus del papiloma humano, en la población femenina en edades prepúberes y adolescentes. Estas vacunas, previenen el cáncer cervicouterino en su infección inicial y la progresión de la enfermedad, reducen su

impacto y por tanto, la mortalidad por esta causa, pero no lo cura, ninguna vacuna cura, sino que todas previenen una enfermedad determinada (27-30).

Hasta la fecha se han producido dos tipos de vacunas profilácticas: Gardasil y Cervarix:

Gardasil: es una vacuna cuatrivalente contra los virus del papiloma humano 16, 18, 6 y 11, desarrollada por merck y compañía. Debe señalarse que los tipos 6 y 11 no están ligados al cáncer y sí a la aparición de las verrugas genitales (condiloma acuminado) (43).

Cervarix: es una vacuna con partículas semejantes al virus vlp-l1 bivalente contra los virus del papiloma humano tipo 16 y 18, causantes de alrededor de 70 % de los casos de cáncer, desarrollada por los laboratorios glaxo smith kline (43).

Se estima que la vacunación contra el virus del papiloma humano 16 y 18, podría reducir aproximadamente el 70 % de los casos de cáncer cervicouterino. Lamentablemente la mayor morbilidad y mortalidad de esta enfermedad y el menor acceso a sistemas de detección precoz ocurren en los países más pobres, precisamente donde el acceso a nuevas vacunas es sumamente limitado. Por tanto, si bien nos encontramos ante uno de los mayores avances en la medicina preventiva moderna, existe el gran desafío de que esta herramienta efectivamente pueda ser administrada a la población que más la necesita (27-30).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo con el objetivo de caracterizar los factores de riesgo en pacientes con cáncer ccérvicouterino pertenecientes al consultorio 14 del área de salud de Ciro Redondo en Ciego de Ávila, durante el año 2017.

Definición del universo y muestra de estudio

El universo estuvo constituido por 27 féminas de edad adulta, mayores de 25 años, portadoras de cáncer cervicouterino, las cuales fueron remitidas a la consulta de patología de cuello del Hospital de Morón, y el seguimiento se realiza también en el área de salud.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico neoplasia cervical (NIC I, II, III, IV y carcinoma in situ), dispensarizadas en el área de estudio.
2. Mujeres aptas física y mentalmente y que den su consentimiento para participar en el estudio (anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que fallecen o abandonan el área de salud.

PRINCIPLES DIMENSIONES E INDICADORES.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Grupo etáreo	Cuantitativa continua	De 25 a 35 De 36 a 45 De 46 a 55 De 56 a 60	Según años cumplidos.	Número y por ciento según grupos de pertenencia
Ocupación	Cualitativa nominal Dicotómica	Ama de casa Trabajadora	Según su desempeño.	Número y por ciento según grupos de edades
Estatus	Cualitativa	Casada.	Según la	Número y

marital	nominal politémica	Soltera. Unión estable	relación de pareja que presente en el momento del Estudio	por ciento según grupos de edades
Primera relación sexual	Cuantitativa continua	Menos de 15 años De 16-20 años Más de 20 años	Según datos recogidos en la encuesta	Media y desviación estándar
Embarazo en la adolescencia	Cualitativa nominal Dicotómica	Si No	Según datos recogidos en la encuesta, a las menores de 18 años.	Número y por ciento según grupos de pertenencia
Edad del primer parto	Cuantitativa continua	Antes de 15 años De 16 a 20 años Después de 20 años	Según años cumplidos al momento del primer parto	Número y por ciento según grupos de pertenencia
Periodo intergenésico corto	Cualitativa nominal Dicotómica	Si No	Según tiempo entre un parto y otro, menos de 2 años es considerado corto.	Número y por ciento según grupos de pertenencia
Infecciones ginecológicas	Cualitativa Nominal Dicotómica	Trichomonas. Moniliasis. VPH. Clamidia.	Según enfermedades de transmisión sexual que hayan	Número y por ciento según grupos de pertenencia

			presentado.	
Hábito de fumar	Cualitativa Nominal politómica	Si No	Según datos recogidos en la encuesta	Número y porcentaje según grupos de pertenencia
Uso de tratamiento hormonal	Cuantitativa continua	Menos 5 años 5-10 años Mas de 10 años No ingestión	Según ingestión de tabletas anticonceptivas.	Número y porcentaje según grupos de pertenencia

Métodos de obtención de información

Para la obtención de la información se revisaron las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino, dispensarizada en el consultorio médico, además se confeccionó y aplicó una encuesta que recoge los datos necesarios para la realización de la investigación que no aparecen en la historia clínica de las pacientes. (anexo II)

Métodos del nivel teórico

- **Histórico - Lógico:** se utilizó para estudiar el surgimiento del fenómeno objeto de investigación desde su surgimiento hasta la actualidad.
- **Analítico-sintético:** se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar minuciosamente y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.

Métodos empíricos:

Revisión de documentos: Se utilizó la historia clínica individual de cada paciente para obtener información sobre factores de riesgo y otros datos de interés.

Encuesta: se utilizó para obtener información necesaria de las pacientes que no aparecían en las historias clínicas y resultan de interés para el completamiento de la información. (anexo III)

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar.

Para el procesamiento de los resultados de los métodos y técnicas que se aplicaron para tratamiento cualitativo y cuantitativo de la información, las interpretaciones y las valoraciones de los resultados obtenidos, a partir de la cual se llegó a generalizaciones sobre el estado actual de la utilización de la estrategia.

Se utilizaron métodos de la estadística descriptiva para la confección de tablas y la aplicación del cálculo porcentual para expresar los resultados de la investigación.

Recolección de datos

Se revisó el total de historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio y los resultados de la encuesta. La evaluación estadística se realizó con el programa SPSS 20,0 para Windows. Para el análisis descriptivo se utilizó la media, mediana y desviación estándar para el procesamiento de las variables cuantitativas y el porcentaje para las cualitativas, los resultados se presentan en tablas y se expresan en cálculo porcentual.

Aspectos éticos: Los datos recogidos forman parte de la historia clínica y los resultados de la encuesta de las pacientes. En esta investigación no se reveló ningún dato que permita reconocer a ningún paciente participante. Se cumplieron con los requisitos éticos de resguardo de la información personal de cada participante. La utilización de las mismas se realizó mediante la justificación de los objetivos propuestos. Se cumplió con los principios éticos básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia, y el de justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución de las pacientes con cáncer cervico-uterino según grupo de edad.

Grupo etáreo	No	%
De 25 a 35 años	13	48,2
De 36 a 45 años	7	25,9
De 46 a 55 años	5	18,5
De 56 a 60 años	2	7,4
Total	27	100.0

Fuente: Historia clínica

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según grupos etáreos, se pudo observar que predominaron las edades comprendidas entre 25 y 35 años con 13 participantes, lo que representa el 48,1% del total, le sigue en orden de frecuencia el grupo de edades de 36 a 45 años con 7 participantes para un 25,9% del total. Por último, le siguen los grupos de 46 a 55 años con 5 participantes para un 18,5% del total, así como el de 56 a 60 años con 2 participantes para un 7,4% del total.

La historia natural del cáncer cervicouterino es larga en términos temporales y se ha identificado que es el resultado de la progresión de anomalías epiteliales iniciales llamadas displasias o neoplasias intraepiteliales (NIC). Estas displasias suelen diagnosticarse en mujeres jóvenes entre los 20 y 30 años de edad e incluso ya en el estado carcinoma in situ en un margen de edad similar entre los 25 y 35 años, y en la fase final de carcinoma invasivo más tardíamente pacientes mayores de 40 años. Las neoplasias malignas del cuello uterino en estadios tempranos son claramente identificables por la confirmación histoanatomopatológica, sin embargo, las cifras de incidencia de esta enfermedad continúan alarmando (31-32).

En un estudio similar realizado en México por Aguilar- Pérez y col (33), este presenta la información básica sobre las características sociodemográficas de las mujeres con cáncer cervical. Reportando una coincidencia con nuestro estudio en cuanto a las edades de aparición de esta patología.

Tabla 2. Distribución de las pacientes con cáncer cervico- uterino según ocupación.

Ocupación	No	%
Ama de casa	7	25,9
Trabajadora	20	74,1
Total	27	100.0

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 2 se pudo observar que predominó la ocupación trabajadora con 20 participantes lo que representa el 74,1% del total, mientras que 7 resultaron amas de casa para un 25,9% del total, A pesar de las diferencias encontradas, las mismas no resultaron significativas, no se encontró en la bibliografía consultada estudios que hablen de la relación que existe entre la ocupación y la aparición del cáncer cervicouterino, se hace referencia a otras patologías pero no a estas.

Tabla 3. Distribución de las pacientes con cáncer cervico – uterino según estatus marital.

Estatus marital	No	%
Casada	8	29,6
Soltera	2	7,4
Unión estable	17	63
Total	27	100.0

Fuente: Historias clínicas

Con respecto al estatus marital, observamos que 17 mantenían una unión estable, para un 63 % del total. Asimismo, 8 estaban casadas, lo que representa el 29,6% del total, mientras que solo 2 permanecían solteras para un 7,4% del total.

Tabla 4. Distribución de las pacientes con cáncer cervico - uterino según primera relación sexual

Primera relación sexual	No	%
Antes de 15 años	16	59.2
De 16-20 años	5	18.5
Después de 20 años	6	22.3
Total	27	100.0

Fuente: Historia Clínica

La tabla 4 se corresponde con la edad del primer coito, siendo el grupo de edades más representados el grupo de las menores de 15 años, 16 pacientes para un 59,2 % y el menos representado el grupo de 16-20 años lo que representa el 18,5 % coincidiendo con estudios realizados por Aguilar- Pérez y col. (33), quien reporta que las adolescentes que comienzan sus relaciones sexuales tempranamente tienen mayor riesgo de desarrollar una neoplasia debido a que en la unión escamo columnar hay proliferación activa, conllevando a la transformación celular del epitelio columnar en metaplásico y de este a escamoso. La zona escamo-columnar es altamente sensible a la acción carcinogénica.

Lucía Salazar (34), reporta que encontró pacientes iniciaron su vida sexual activa en la segunda década de la vida; la edad más frecuente estuvo entre los 18 y 19 años, de ellas tuvieron más de un compañero sexual, que resultó en un promedio de dos. Encontrado relación estadística el número de parejas sexuales que se tienen en edades tempranas.

Tabla 5. Distribución de las pacientes con cáncer- cérvicouterino según aparición de embarazo en la adolescencia.

Embarazo en la adolescencia	No	%
Si	19	70,3
No	8	29,7
Total	27	100.0

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 5 se aprecia la aparición de embarazos en la etapa de la adolescencia, 19 pacientes lo que representa el 70,3 % manifiestan haber tenido embarazos durante esta etapa de la vida y 8 para un 29,7 % tuvieron sus embarazos en etapas posteriores.

Estos resultados coinciden con estudios desarrollados por Aguilar- Pérez (33), quien plantea que el embarazo en la adolescencia pudiera incrementar el riesgo de cáncer de cérvix debido al hecho de que este factor expone la zona de transformación hacia el exocérnix por muchos años facilitando la exposición directa de virus y posiblemente a otros cofactores. Cambios hormonales inducidos por el embarazo (incrementados niveles de estrógeno y progesterona) pueden también modular la respuesta inmune e influenciar el riesgo de persistencia o progresión de la malignidad.

Tabla 6. Distribución de las pacientes con cáncer cervico - uterino según edad del primer parto.

Edad del primer parto	No	%
Menos de 20 años	8	29,6
De 20 años y mas	19	70,4
Total	27	100.0

Fuente: Historia Clínica.

Se puedo observar en la tabla 6 relacionada con la edad del primer parto que 19 pacientes tuvieron el primer parto con 20 o más años de edad, lo que representa el 70,4% del total, mientras que 8 lo tuvieron antes de los 20 años de edad, para un 29,6 % del total. Lucía Salazar (34) reporta en su estudio que la edad del primer embarazo está ligado estrechamente a la aparición de neoplasias intracervicales con alta significación estadística ($p < 0.05$).

Tabla 7. Distribución de las pacientes con cáncer cervico- uterino según Período intergenésico corto.

Período intergenésico corto	No	%
Si	22	81,4
No	5	18,6
Total	27	100.0

Fuente: Historia Clínica

Al analizar los resultados de la tabla 7 relacionada con el período intergenésico la mayoría, 22 pacientes lo que representa un 81,4 % tuvo un periodo menor de 5 años y sólo el 18,6 %, 5 pacientes tuvo un período intergenésico mayor de 10 años, según la literatura consultada no se encontró relación entre esta dimensión y la aparición del cáncer cervicouterino.

Tabla 8. Distribución de las pacientes con cáncer cervico – uterino según presencia de infecciones ginecológicas antes del diagnostico.

N=27

Infecciones ginecológicas	No	%
Moniliasis	25	92,5
Trichomonas	4	14,8
VPH	9	33,3
Clamidia	6	22,3

Fuente: Historia Clínica

La tabla 8 muestra que el 92,5 % de las pacientes presentaron moniliasis, seguido del 33,3 % con el VPH, coincidiendo este resultado con estudios desarrollados por Martínez M (36) quien plantea que una de las principales causas de la neoplasia intracervical es la infección por VPH acompañada de moniliasis, sin embargo, estudios epidemiológicos han mostrado que sólo una pequeña fracción de mujeres infectadas 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 del antecedente de infección cervical a la malignidad.

Estudios epidemiológicos muestran las mayores tasas de infección por VPH entre las mujeres comprendidas en el grupo de 15-24 años aproximadamente en la etapa que se reporta el cambio de pareja frecuente, el pico mayor de NIC III se encuentra alrededor de los 30 años, con un período de duración de la progresión de 7 a 10 años, aunque pueden haber progresiones más rápidas y el paso de pre-malignas a cáncer puede durar alrededor de 10 años, para lo cual es necesario la integración viral. Es conocido que las infecciones de transmisión sexual en especial el VPH (virus de papiloma humano) es el principal agente etiológico de la neoplasia intracervical y su lesión precursora NIC III. Sin embargo, la infección por estos virus no parece ser suficiente para causar cáncer de cérvix, mientras que la presencia de otros factores tanto exógenos como endógenos pueden incrementar en asociación con el virus el riesgo de desarrollar esta enfermedad (37).

Se ha observado en diferentes estudios una asociación entre la edad menor a 30 años y la infección por (p=0,0002), en concordancia con estudios anteriores que observaron que la infección por VPH ocurre en mayor frecuencia en mujeres menores de 30 años, sugiriendo que es debido a que las mujeres jóvenes que se encuentran en el periodo de mayor actividad sexual, exponiéndose así a adquirir infección por VPH. La edad es un factor a tener en cuenta siempre en la dinámica de toda patología, fundamentalmente porque en muchos casos nos ayuda a identificar los grupos más expuestos y focalizar la atención y recursos de manera más efectiva.

(38)

Tabla 9. Distribución de las pacientes con cáncer cervico – uterino según hábitos de fumar

Habito de fumar	No	%
Si	12	44,4
No	15	55.6
Total	27	100.0

Fuente: Historia clinica

La tabla 9 está relacionada con el consumo de sustancias tóxicas al organismo, 15 pacientes manifiestan no consumir ninguna lo que representa el 55,6% del total de la muestra y 12 pacientes consumen tabaco lo que representa el 44,4%, el efecto del tabaquismo ha sido bien argumentado en muchos estudios mostrando una moderada y significativa asociación con el cáncer de cérvix (CC). Reportes actuales de la literatura internacional muestran que el riesgo que representa este factor en la aparición del CC está relacionado con la intensidad, la duración o la cantidad de cajetillas de cigarros por años. El hecho de haberse detectado nicotina y/o otros carcinógenos presentes en el tabaco, en el mucus cervical de fumadoras corrobora la hipótesis de la posible acción sinérgica entre el cigarro y la infección por VPH para el desarrollo de lesiones premalignas de alto grado y el CC (39).

Tabla 10. Distribución de las pacientes con cáncer – cervico uterino según uso de terapia hormonal.

Uso de terapia hormonal	No	%
Menos de 5 años	7	25,9
De 5 a 10 años	1	3,7
Más de 10 años	3	11.1
No uso	16	59.3
Total	27	100.0

Fuente: Historia clínica

La tabla 10 muestra la distribución de pacientes según uso de terapia hormonal, 16 pacientes refirieron no haber realizado terapia hormonal lo que representa el 59.3 % del total, 7 refirieron usarla por un período menor de 5 años para un 25,9% del total. Según reporta Lucía Salazar y colaboradores (34), en su estudio sobre influencia del uso de anticonceptivos orales como factores de riesgo para neoplasia intraepitelial cervical, Uno de los aspectos que más se vinculan con la existencia de neoplasia intraepitelial cervical es la exposición a estrógenos; por esta razón, al embarazo se le considera un factor de riesgo importante debido a la persistencia estrogénica durante este periodo, de la misma manera al uso prolongado de anticonceptivos orales se le atribuye el mismo riesgo. El epitelio escamoso cervical, bajo persistencia estrogénica, podría manifestar proliferación celular hasta la aparición de una hiperplasia benigna, la cual podría presentar una transformación completa en donde estaría involucrados diversos eventos genómicos.

CONCLUSIONES

Los grupos de edades en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervico - uterino están comprendidas entre 25 y 35 años ,con predominio de las pacientes trabajadoras, 17 pacientes mantenían una unión estable, el 59,2 % tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años, la mayoría su primer parto fue después de los 20 años con periodo intergenésico corto menos de 2 años, las enfermedades vaginales que más presentes estuvieron fue la moniliasis y el VPH, la mayoría no tienen habito de fumar y no hicieron uso de terapia hormonal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Washington, DC: OPS, 2002:1-8.
2. Ricardo Rigor O, Pérez Carballés F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal J. Medicina general integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2003; t 4:21-32.
3. Camacho Carr K, Sellors JW. Cervical Cancer Screening in Low Resource Settings: Natural History of Cervical Cancer. <http://www.medscape.com/viewarticle/484034_5> [consulta: 21 abril 2015].
4. World Health Organization. Control of cancer of the cervix uteri. Bull World Health Organ 1986; 64(4):607-18.
5. Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004.
6. Durán Cala MI. Cáncer cervicouterino. Comportamiento de algunos factores clínico epidemiológicos en un área de salud. <[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)> [consulta: 16 octubre 2016].
7. Romero T. Panorama epidemiológico del cáncer en América Latina. Gómez Sánchez M. Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid: Aran, 2014.
8. United Nations Children's Fund. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric service. New York: UNICEF, 1997. <http://www.childinfo.org/files/maternal_mortality_finalgui.pdf> [consulta: 21 abril 2016].
9. Romero T, Gray J, Camacho R, Chacón M, Colad. Evaluación de la eficacia de una estrategia basada en métodos educativos para desarrollar conductas promotoras y preventivas en la lucha contra el cáncer en Cuba. Mención Fórum Nacional de ciencias y técnicas. CD Memorias del Evento. 2003.
10. Menezes J. The low incidence of cervical cancer in Jewish women: Has the puzzle finally been solved? IMAJ 2015; 5:120-23.

11. Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, Glass AG, Cadell DM, Rush BB, et al. Epidemiology evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. Journal of the National Cancer Institute, 1995; 85(12):958-64. <<http://www.mcgill.ca/files/cancerepi/JNCI85-958.pdf>> [consulta: 21 abril 2015].
12. Lewis Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS, 2014.
13. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Guía Latinoamericana contra el cáncer. Ciudad de La Habana: INOR, 2003.
14. Benedet J, Odicino F, Maisonneuve P, Severi G, Creasman W, Shepherd J, et al. Carcinoma of the cervix uteri. En Annual Report on the results of treatment in gynecological cancer. J Epidemiol Biostatistics. 2014;3:63-74.
15. Zhang Z. Trichomonas Vaginales and cervical cancer. A prospective study in China department of Epidemiology and Biostatistics, New York, USA. Epidemiology. July 2015;5(4):325-32.
16. Chirengi ZM, Rusakaniko S, Kirumbi L, Ng Walli EN, Makerta Tlebere P, Kaggwas, et al. Situation analysis for cervical cancer diagnosis and treatment for cervical cancer diagnosis and treatment in East, Central and southern Africa country. Bulletin of the World Health organization. 2015;79(2):127-32.
17. Anatomía del cuello uterino cervix disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERDECERVIX/Paginas/anatomia.aspx>
18. Manual de CTO de Medicina y Cirugía. Ginecología y Obstetricia, patología de cuello/carcinoma invasor, 8va edición. España, Madrid. 2014.
19. Tortora JG, Derrickson HB. Principios de Anatomía y fisiología. El nivel tisular de organización. 11 edición. Buenos aires, Bogotá, Caracas, Madrid, México, Sao Paulo. Editorial medica panamericana 2014.
20. Ferrá Torres Telma M, Santana Álvarez Jorge, Barreto Argilagos Gaspar. La infección por papiloma virus humano en la mujer: una revisión del tema. AMC [Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Mayo 04] ; 15(6): 1073-1086. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000600015&lng=es.

21. Ferrá Torres Telma M, Estrada Abreu Denys R, Bermejo Bencomo Walquiria. Factores de riesgo medioambientales del cáncer cervicouterino. AMC [Internet]. 2009 Abr [citado 2016 Mayo 04] ; 13(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000200006&lng=es.
22. Cartaya Olano Maritza, Hernández Sáez Isbel, González Sáez Yoandra, Álvarez Cisneros Natacha del Pilar. Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. AMC. 2010 Oct [citado 2016 Mayo 04]; 14(5): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500005&lng=es.
23. Cáncer cervicouterino disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/sep_01_ponencia.html
24. Pérez Echemendía M. Ginecología, Oncología pelviana. Cáncer cervico uterino. 2da edición. La Habana. Editorial ciencias médicas 2014.
25. Bor-Ching Sheu, Rong-Hwa Lin, Huang-Chun Lien, Hong-Nerng Ho, Su-Ming Hsu, Su-Cheng Huang. Predominant Th2/Tc2 Polarity of Tumor-Infiltrating Lymphocytes in Human Cervical Cancer1. The Journal of Immunology. 2014;167:2972-8.
26. Martínez Chang Ysis Margarita, Sarduy Nápoles Miguel. Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2006 Mar [citado 2016 Mayo 04]; 25(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002006000100001&lng=es.
27. Espín Falcón Julio César, Cardona Almeida Adriana, Acosta Gómez Yuxini, Valdés Mora Mariela, Olano Rivera Mayleni. Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Mayo 04]; 28(4): 735-746. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400016&lng=es.

28. Sureda Peña Mabel, Martínez Cárdenas Dialeidys. Una alerta para la mujer: factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Medcentro Electrónica [Internet]. 2014 Mar [citado 2016 Mayo 04]; 18(1): 36-38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100007&lng=es.
29. Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del cáncer cérvicouterino. Internet .disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_2_08/gin04208.htm
30. Neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Internet. Disponible en: <http://www.geosalud.com/VPH/neoplasia-intraepitelial-cervical.html>
31. Neoplasia intraepitelial cervical. Internet disponible en: <http://yasalud.com/neoplasia-intraepitelial-cervical/>
32. <https://es.scribd.com/doc/73429147/SISTEMA-BETHESDA>
33. Aguilar-Pérez JA. et.al. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. Rev Saúde Pública 2014;37(1):100-6.
34. Martínez M, Francisco Javier. Epidemiología del Cáncer de Cuello Uterino. 2014. Monografías. Disponible: <http://www.mografias.com/epidemilogiadelcancerdecuellouterino.html>.
35. Lucía Salazar E. et. al. Influencia del uso de anticonceptivos orales como factores de riesgo para infección por virus del papiloma humano y neoplasia intraepitelial cervical. Ginecol Obstet Mex 2015;73:83-89.
36. Martínez M, Francisco Javier. Epidemiología del Cáncer de Cuello Uterino. 2014. Monografías. Disponible: <http://www.mografias.com/epidemilogiadelcancerdecuellouterino.html>.
37. Almonte M, Albero G, Molano M, Carcamo C, García PJ, Pérez G. Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. Vaccine. 2014; 26(Suppl 11): L16-36.
38. Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2014; 7(7):453-9.

39. Álvarez Claudia, Castro Nessim Ernesto, Virginillo Juan Martín, Bruno Gabriel, González Christian, Vallejos Javier et al. Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. Rev. argent. radiol. [Internet]. 2012 Jun [citado 2016 Mayo 05]; 76 (2): 169-171. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922012000200013&lng=es.

ANEXOS

Anexo I

ACTA DE 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, por lo cual se me aplicará una encuesta para la recogida de información, así mismo se me explicó las ventajas d este estudio para nuestra Salud Pública.

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 20__.

Firma del sujeto: _____

Nombre y firma del investigador: _____

Anexo II

INSTRUMENTO PARA LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.

1-Grupo etáreo.

De 25 a 35

De 36 a 45

De 46 a 55

De 56 a 60

2-Edad del primer coito

Menos de 15 años

16-20 años

Más de 20 años

3- Embarazo en la adolescencia.

Si

No

4- Edad del primer parto.

< 20 años

20 o más años

5- Enfermedades de transmisión sexual.

Trichomonas.

Moniliasis.

Blenorragia.

Sífilis.

VPH.

Clamidia.

6- Período intergenésico.

Menor de 5 años _____

Mayor de 20 años _____

Anexo III Encuesta.

Nos encontramos realizando una investigación sobre el cáncer cervicouterino para poder contribuir en un futuro a disminuir los factores de riesgos de esta enfermedad y mejorar la calidad de vida de las mujeres sanas y enfermas necesitamos que responda cada pregunta de manera sincera, no es necesario poner su nombre. Gracias.

Marca con una X según corresponda tu respuesta a la pregunta que te realizamos.

1- Ocupación.

Ama de casa ____

Trabajadora ____

2- Estatus marital.

Casada ____

Soltera ____

Unión estable ____

3- Hábitos tóxicos.

No consumen _____

Si Consumen _____

a) Tabaco____ b) Alcohol____ c) Droga_____

4- Tiempo de ingestión de Anticonceptivos orales.

<5 años____

5-10 años____

>10 años____