

Multimed 2016; 20(5)
SEPTIEMBRE-OCTUBRE

ARTÍCULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS DE GRANMA
POLICLÍNICO DOCENTE "DAVID MORENO DOMÍNGUEZ". SANTA RITA.
JIGUANÍ. GRANMA

**Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el
área de salud de Santa Rita**

**Risk factors associated with cervical cancer in the health area of
Santa Rita**

**Esp. Ginec. Obst. Isis Ileana Cabrera Guerra,^I MsC. Med. Nat. Trad. Yurisnel Ortiz
Sánchez,^{II} Esp. MGI. Yamila Leonor Suárez Gómez,^{III} Lic. Enf. Roselena Socarrás
Rodríguez,^{II} Esp. MGI. Niuvis Vázquez Rosales;^{II}**

^I Hospital Mártires de Jiguani. Jiguaní. Granma, Cuba.

^{II} Filial de Ciencias Médicas. Bayamo. Granma, Cuba.

^{III} Policlínico Docente David Moreno Domínguez. Santa Rita. Jiguaní. Granma, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico del tipo de casos y controles en el área de salud del policlínico de Santa Rita, del municipio Jiguaní, provincia Granma, en el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2014, con el objetivo de identificar los factores de riesgos asociados con la aparición de cáncer cérvico uterino en féminas. La muestra estuvo constituida por las 50 féminas mayores de 25 años del área con diagnóstico de la enfermedad. Los datos de los pacientes se obtuvieron a partir de una planilla de recolección de datos aplicada a los pacientes y su historia clínica, para tener una medida que mostrara

las fuerzas de asociación entre la enfermedad y el factor de riesgo. La razón de productos cruzados y el Chi cuadrado, con una confiabilidad del 95% y una probabilidad menor de 0.05. Los antecedentes patológicos familiares de cáncer, el hábito de fumar, la menarquía precoz, el inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años se constituyeron en factores de riesgo al obtenerse valores de OR significativos. El haber tenido contacto sexual con 3 o más compañero del sexo opuesto, el uso de anticonceptivos orales y la edad del primer parto antes de los 18 años se constituyeron en factores de riesgo aunque no de forma significativa. La multiparidad, el tipo de parto, las infecciones de transmisión sexual, en la muestra de estudio no se asociaron con la aparición de la enfermedad.

Descriptor DeCS: NEOPLASIAS DEL CUELLO UTERINO/epidemiología, FACTORES DE RIESGO.

ABSTRACT

It was carried out an analytical type of case-control study in Santa Rita polyclinic health care in Jiguani, Granma province, from January 1st 2012 to December 31, 2014 to identify risk factors associated with the occurrence of cervical cancer. The sample consisted of 50 females older than 25 years diagnosed with the disease. Patients' data were obtained from a survey applied to patients and their medical histories. It was applied as an epidemiological tool to have a measure that quantifies the association between the disease and the risk factor strength the odds ratio and chi square, with a reliability of 95 % and a lower probability of 0.05. The pathological family history of cancer, smoking, early menarche, the beginning of sexual relations before 17 years old were constituted as risk factors to obtained significant OR values. Having sexual contact with 3 or more partners of the opposite sex, the use of oral contraceptive and age of the first delivery before age 18 were constituted risk factors but there were not significantly. Multiparity type of delivery, and sexually transmitted disease, study sample were not associated to cervical cancer.

Subject headings: UTERINE CERVICAL NEOPLASMS/epidemiology, RISK FACTORS.

INTRODUCCIÓN

Las finalidades básicas de la política de lucha contra el cáncer que se desarrolla en Cuba, están dirigidas a la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento efectivo y eficaz, el

alivio del dolor y la adopción de otras medidas para mejorar la calidad de vida de los enfermos. ¹

El cáncer invasor del cuello del útero es una de las causas más frecuentes de muerte en mujeres de los países en desarrollo y sus tasas de incidencia en la región de América Latina y el Caribe se encuentran entre las más altas del mundo. El cáncer cérvico uterino es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual. Por lo tanto, el examen periódico lo puede detectar antes de que se propague. Este tipo de cáncer es más visible que el cáncer de mama. ^{2, 3}

El cáncer cérvico uterino (CCU) es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres y constituye un problema de salud pública a nivel mundial, cuya solución debe sustentarse en la aplicación de medidas organizativas, el conocimiento de la epidemiología de la afección y el perfeccionamiento de los métodos de detección temprana y tratamiento del proceso, todo lo cual reviste una importancia práctica y real, dado que permite mantener en buen estado de salud y la capacidad laboral de la mujer. ²

La mortalidad por cáncer del cuello uterino ha disminuido significativamente en muchos países desarrollados y algunos estudios indican que ello se debe en gran medida a los programas de diagnóstico precoz. En los países industrializados el cáncer cérvico uterino ha cedido los primeros lugares a los cánceres de mama, pulmón y colon. Sin embargo, el cáncer invasor del cuello del útero es una de las causas de muerte más frecuentes en las mujeres en los países en desarrollo y sus tasas de incidencia en la región de América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo. En Cuba, esta enfermedad se encuentra entre los lugares tercero y cuarto en incidencia y del tercero al quinto en mortalidad. ^{4, 5}

Su aparición está determinada por la existencia de algunas lesiones cervicales consideradas con poder carcinogénico y por tanto preinvasoras. Es de extraordinaria importancia la detección y el tratamiento oportuno de dichas lesiones, responsables, en gran medida de la morbilidad y mortalidad asociada a este tipo de tumor para lograr su disminución. ⁵

Varios autores han estudiado los factores que pueden ser responsables del carcinoma cervical y considera que están en gran parte relacionados con la actividad sexual, en los cuales se incluye el comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas, se acepta actualmente antes de los 20 años; el embarazo precoz, por la inmadurez de las células del

cuello; la multiparidad, debido a los traumatismos durante el parto; el cambio frecuente de compañero con la actividad sexual desprotegida de alguno de los miembros de la pareja; las infecciones de transmisión sexual, las cuales parecen jugar un papel importante en la transformación neoplásica; el tabaquismo, por aumento de las concentraciones de nicotina en el moco cervical; los anticonceptivos orales, las deficiencias nutricionales, los factores genéticos como el déficit de alfa 1 antitripsina que tiene efecto protector sobre el epitelio del cerviz, los factores inmunológicos, el bajo nivel socioeconómico, la cervicitis y por último el papilomavirus humano (PVH), el cual se acepta como el riesgo principal para el desarrollo de la enfermedad y factor iniciador de la acción carcinogénica.

A pesar de su gran importancia, su presencia por sí solo no es suficiente para inducir la transformación maligna si no están presentes algunos de los factores involucrados en este proceso.^{1, 3, 6-10}

En Cuba el sistema de salud realiza innumerables esfuerzos para disminuir cada año la tasa de mortalidad por esta causa. Aún cuando existen las condiciones para que esta tasa sea cero, las actitudes negativas de las mujeres, la insuficiente información acerca del examen citológico, el temor que puede generar la aparición de un diagnóstico positivo y el poco accionar del equipo multidisciplinario de salud en atención primaria de salud (APS) convocando a estas mujeres para que acudan a realizarse la citología son factores que atentan contra el objetivo del programa.^{3, 11, 12}

El incremento en la incidencia de esta afección no es un hecho ajeno a la realidad del área de salud de Santa Rita, del municipio de Jiguaní, provincia Granma; y teniendo en cuenta que el cáncer de cuello uterino pertenece a los problemas de importancia práctica y real que impiden lograr el mantenimiento de la salud y la capacidad de trabajo de la mujer así como la repercusión que reviste para la sociedad, nos motivamos a la realización de esta investigación con el fin de resolver el siguiente **problema científico**: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la aparición de cáncer cérvico uterino en mujeres pertenecientes al área de salud de Santa Rita?

Se definió como objetivo de esta investigación identificar la influencia de los factores de riesgos asociados con la aparición de cáncer cérvico uterino en féminas pertenecientes al área de salud de Santa Rita, del municipio Jiguaní, provincia Granma.

MÉTODO

Se realizó un estudio analítico del tipo de casos y controles en el área de salud del policlínico de Santa Rita. Se tomó como universo de estudio la población adulta femenina perteneciente al área de salud de Santa Rita, del municipio Jiguaní, provincia Granma, en el período comprendido del 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2014.

Del universo de estudio se tomó una muestra probabilística y la selección de los casos y controles se realizó mediante muestreo aleatorio simple; el marco muestral estuvo constituido por las 50 féminas mayores de 25 años del área con diagnóstico de la enfermedad.

Para el cálculo del tamaño de la muestra definitivo se diseñó un estudio de caso y controles no pareados con relación no enfermo-enfermo (4:1). Se estableció una prevalencia del factor de exposición en el grupo no enfermo del 33 % y en el grupo enfermo del 23 % con un 95 % de coeficiente de confianza que es igual a un 0,05 de nivel de significación del error, con una potencia de $80(1-\beta)$. Se escogieron 144 sanas y 36 enfermas.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el paquete estadístico EpiInfo versión 2002 para Windows.

Selección de los casos: se consideró como caso a las pacientes portadoras de la enfermedad en estudio, cuyo diagnóstico fue realizado mediante la detección primaria de cáncer cérvico uterino se hace por medio de la prueba de Papanicolaou o citología cérvico-vaginal como parte de una exploración ginecológica, en los consultorios del médico de la familia durante los pesquisaje del programa de detección precoz del cáncer cérvico-uterino. Las que se tomaron del registro de la institución sanitaria.

Criterios de selección de los controles

Los controles se seleccionaron a partir de un muestreo aleatorio simple, a través del cual se escogieron 4 pacientes de igual edad en el mismo lugar y el mismo periodo de tiempo, con iguales características.

Se incluyeron a todas las pacientes con neoplasia intraepitelial cervical (NIC) atendidas en consulta de patología de cuello provincial y aquellas, cuyas citologías fueron tomadas en el consultorio médico y enviadas a la consulta provincial de patología de cuello, a las adultas

diagnosticadas, registradas y en seguimiento por neoplasia intraepitelial cervical, con edades comprendidas entre los 25 y 64 años y a aquellas pacientes que permanecieron en el área durante el período de estudio y que sus expedientes clínicos estuvieron completos y dispuestos a colaborar con la investigación mediante consentimiento informado.

Se excluyeron a las pacientes con citología negativas; mujeres con carcinoma in situ y epidermoides; citologías negativas inflamatorias, y negativas con metaplasia y aquellas pacientes con expedientes clínicos extraviados o incompletos, o aquellas en que el diagnóstico de cáncer cérvico uterino se realizó fuera del período de estudio.

Pacientes que no estén dispuestas a colaborar con la investigación.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable dependiente: cáncer cérvico uterino (cualitativa nominal dicotómica). neoplasia maligna que se caracteriza por la pérdida de la estratificación y de la polaridad del epitelio; en las que se puede apreciar además algunas alteraciones como hiper cromatismo, mitosis anormales y pleomorfismo celular, con invasión o no de la membrana basal, y que fue clasificado según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).³

Si (expuesto) No (no expuesto)

Variables independientes: Factores de riesgo. Son aquellas características o hábitos en la población que cuando están presentes incrementan el riesgo de padecer determinada enfermedad y que muestran por tanto un nexo etiopatogénico. Los analizados en la presente investigación son:

- Antecedentes patológicos familiares (cualitativa nominal dicotómica): Se consideraran familiares en primer grado (padre, madre, hermanos y abuelos) con diagnóstico de cáncer.

Si (expuesto) No (no expuesto)

- Tabaquismo (cualitativa nominal dicotómica): Descripción fumadora y no fumadora. Se consideró como fumadora a toda mujer que fumaba al momento del estudio al menos un cigarrillo diario y hubiera fumado al menos por 6 meses o exfumadora que hubiera abandonado el hábito 6 meses antes de la entrevista como máximo, mientras que no fumadora todo caso contrario.

Si (expuesto) No (no expuesto)

-
- Menarquía precoz: (cualitativa nominal dicotómica): Pacientes cuya primera menstruación fue antes o después de los 12 años según la tarjeta de citología.
Si (expuesto) No (no expuesto)

 - Inicio de las relaciones sexuales (cualitativa nominal dicotómica): El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años,⁶ en el estudio se dicotomizó en antes de los 17 años y después de los 17 años.
Si (expuesto) No (no expuesto)

 - Número de compañeros sexuales (cualitativa nominal dicotómica): Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales.⁶ Descripción 3 o más y menos de 3. Se consideró como compañero sexual a toda persona del sexo opuesto que haya tenido contacto sexual con el grupo de casos.
Si (expuesto) No (no expuesto)

 - Paridad (cualitativa nominal dicotómica): Descripción múltipara y no múltipara. Se consideró como múltipara a toda mujer con 3 o más partos, no múltipara en las circunstancias contrarias
Si (expuesto) No (no expuesto)

 - Tipo de parto: Descripción instrumentado y no instrumentado. Se consideró como instrumentado a aquel donde se utilizan los fórceps o espátulas.
Si (expuesto) No (no expuesto)

 - Edad del primer parto: Descripción antes de los 18 años y 18 o más años.
Si (expuesto) No (no expuesto)

 - Antecedentes de infección de transmisión sexual (ITS): Se consideró como ITS a cualquier enfermedad sexualmente transmitida.
Si (expuesto) No (no expuesto)

- Uso de anticonceptivos orales: Se consideraron como anticonceptivos orales a cualquier preparado hormonal para control de la fecundidad por vía oral.
Si (expuesto) No (no expuesto)

Los datos de las pacientes se obtuvieron a partir de una planilla de recolección de datos aplicada y su historia clínica, previo firma del consentimiento informado. Una vez obtenida la información se procedió a la cuantificación de las variables y las relaciones entre ellas, se utilizó el modelo de riesgo de tiempo discreto proporcional propuesto por Cox.

Se aplicó como instrumento epidemiológico para tener una medida que cuantifique las fuerzas de asociación entre el CCU y el factor de riesgo la razón de productos cruzados (OR, por sus siglas en inglés) y el Chi cuadrado, con una confiabilidad del 95% y una probabilidad menor de 0.05.

La interpretación de los parámetros sigue las líneas tradicionales de la regresión logística.

RESULTADOS

La tabla 1, muestra el análisis univariado realizado para determinar la posible asociación entre los factores de riesgos y la aparición de cáncer cérvico uterino.

Tabla 1. Relación de factores de riesgo y cáncer cérvico uterino. Área de salud de Santa Rita. Análisis univariado. 2012 – 2014.

Variables	Con cáncer cérvico uterino	Sin cáncer cérvico uterino	Razón de ventajas	Intervalo de confianza	p
	No (%)	No (%)	(OR)	(IC 95%)	
	N = 36 (1.15) N = 144 (98.85)				
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES					
Si	24 (0.58)	12 (88.47)	9.08	4.03-20.46	5.810 x 10 ⁻⁵
No	26 (0.58)	118 (10.37)			
HÁBITO DE FUMAR					
Si	21 (0.58)	15 (55.04)	5.55	2.55-12.08	1.252 x 10 ⁻⁵
No	29 (0.58)	115 (43.80)			
MENARQUÍA					
- 12 años	18 (0)	18 (1.73)	3.5	1.63-7.50	8.741 x 10 ⁻⁴
+ 12 años	32 (1.15)	112 (97.12)			
INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES					
Antes de los 17 años	19 (0)	17 (19.31)	4.07	1.89-8.76	4.059 x 10 ⁻⁴
Después de los 17 años	31 (1.15)	113 (79.54)			
NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES					
3 o más	12 (0.58)	24 (23.92)	1.39	0.64-3.06	0.4054
- de 3	38 (0.58)	106 (74.93)			

Los antecedentes patológicos familiares de cáncer se constituyeron en factor de riesgo para desarrollar CCU al obtenerse un valor del OR significativamente mayor de 1 (OR 9.08; IC 95%: 4.03-20.46; p=5.810x 10⁻⁵). De modo que existió nueve veces mayor probabilidad de desarrollar CCU en las féminas con antecedentes familiares de cáncer en comparación con las que no presentaban antecedentes.

En relación al hábito de fumar las féminas que consumieron al menos un cigarrillo diario y hubiera fumado al menos por 6 meses tuvieron cinco veces más riesgo de desarrollar CCU que aquellas no fumadoras (OR 5.55; IC 95%: 2.55-12.08; $p=1.252 \times 10^{-5}$).

En las pacientes cuya primera menstruación fue antes de los 12 años triplicó el riesgo de aparición de CCU de forma significativa (OR 3.5; IC 95%: 1.63-7.50; $p=8.741 \times 10^{-4}$).

El inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años se constituyeron en factor de riesgo para desarrollar CCU al obtenerse un valor del OR significativamente mayor de 1 (OR 4.07; IC 95%: 1.89-8.76; $p=4.059 \times 10^{-4}$).

El haber tenido contacto sexual con 3 o más compañero del sexo opuesto, se constituyó en un factor de riesgo aunque no de forma significativa al realizar el análisis univariado (OR 1.39; $p=0.4054$), de igual forma el uso de anticonceptivos orales (OR 1.63; $p=0.2120$) y la edad del primer parto antes de los 18 años (OR 1.18; $p=0.6774$).

Se constata además que la multiparidad, el tipo de parto, las infecciones de transmisión sexual, en la muestra de estudio no están asociada con la aparición de CCU, al obtener valores de OR inferiores a 1. (tabla 2)

Tabla 2. Relación de factores de riesgo y cáncer cérvico uterino. Área de salud de Santa Rita. Análisis univariado. 2012 – 2014.

PARIDAD					
Múltipara	5 (0.29)	31 (27.09)	0.35	0.13-0.97	0.0375
No múltipara	45 (0.86)	99 (71.76)			
TIPO DE PARTO					
Instrumentado	8 (0.29)	28 (27.09)	0.69	0.29-1.65	0.4054
No instrumentado	42 (0.86)	102 (71.76)			
EDAD DEL PRIMER PARTO					
Antes de los 18 años	11 (0.29)	25 (27.09)	1.18	0.53-2.63	0.6774
18 o más años	39 (0.86)	105 (71.76)			
ANTECEDENTES DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL					
Si	7 (0.58)	29 (88.47)	0.57	0.23-1.39	0.2120
No	43 (0.58)	101 (10.37)			
USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES					
Si	13 (0.58)	23 (88.47)	1.63	0.75-3.55	0.2120
No	37 (0.58)	107 (10.37)			

DISCUSIÓN

El cáncer cérvicouterino es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres y constituye un problema de salud pública a nivel mundial.¹ Es una de las causas más frecuentes de muerte en las mujeres de los países en desarrollo y sus tasas de incidencias más altas se encuentran en Centro y Sur América, África Subsahariana, Sureste de Asia y el Caribe.^{1, 13,14}

Anualmente se registran aproximadamente 500 000 casos, de esos 230 000 fallecen, el 80 % ocurre en países en desarrollo. Más de 300 000 mujeres mueren anualmente y de ellas más del 70 % en plena capacidad reproductiva. En Europa el CCU es la tercera causa de muerte en la mujer y en Latinoamérica es la causa de muerte más frecuente con más 30 000 defunciones por año.^{13, 15}

Estudios han demostrados que los antecedentes patológicos familiares de cáncer constituyen un factor de riesgo de desarrollar CCU, los resultados del presente estudio coincide con los realizados previamente.¹⁶

Investigadores¹⁷ han planteados que las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer del cuello uterino tienen mayor probabilidad de contraer esta enfermedad. Esto se debería a que estas mujeres son menos capaces de combatir el VPH en comparación con otras mujeres, u otros factores podrían estar involucrados.

El hábito de fumar constituye un factor de riesgo importante en la génesis del cáncer cervicouterino, ya que provoca acumulación de nicotina y su producto de degradación la cotinina en célula de vigilancia inmunológica de las glándulas productoras del moco cervical, interfiriendo en el normal funcionamiento de esta célula, creando el terreno propicio para la acción de otros agentes como es el virus del papiloma humano. La bibliografía revisada coincide con resultados encontrados por otros autores acerca de la relación del hábito de fumar como factor de riesgo en la aparición de la enfermedad.^{3, 16}

Se ha demostrado la presencia de nicotina, cotidina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cérvico uterino en mujeres que fuman. El tabaco induce un efecto inmunosupresor local. También se han conseguido mutágenos en el moco cervical.¹⁸

La menarquía es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer. Desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas es frecuentemente considerado el evento central de la pubertad femenina, como la señal de la posibilidad de fertilidad. La oportunidad de la menarquía está influida por factores genéticos y ambientales, especialmente lo nutricional y lo psicológico.³

Si bien aún no existe un planteamiento definitivo coincidente con respecto a este tema,¹⁷ como sucede por ejemplo con el cáncer de mama, sí se plantea por algunos autores cierta correspondencia; como Benia y Tellechea¹⁹ en Uruguay, en cuyo estudio el 12,5 % de los casos tuvo una menarquía precoz y Castañeda-Toledo que mostraron significación cuando la menarquía ocurrió antes de los 10 años o después de los 14 años.²⁰

Se considera inicio precoz de las relaciones sexuales con 16 años o menos.³ El profesor Evelio Cabezas²¹ señala que el hecho de comenzar las relaciones sexuales precozmente constituye un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas y malignas del cérvix. La Organización Panamericana de la Salud recomienda que las mujeres comiencen a realizarse las pruebas de Papanicolaou desde que empiecen con una vida sexual activa.²² Una investigación realizada en el hospital ginecobstétrico de Guanabacoa en 1997 sobre tratamiento conservador de la neoplasia intraepitelial cervical arrojó que el 76,5 % de la muestra comenzó sus relaciones sexuales en una edad inferior a los 20 años; lo cual tiene mucha coincidencia con los resultados en la presente investigación.²³ También se concuerda con los resultados de otra investigación, pero esta vez sobre manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical en el hospital Ramón González Coro observó que el total de su muestra (32 adolescentes) ya tenían una vida sexual activa, 9 de ellas antes de cumplir los 15 años.

En relación al número de parejas sexuales, los resultados no coincidieron con estudios realizados por otros autores^{8, 9, 16-19} que encuentran en pacientes con conducta sexual inadecuada, lesiones precancerosas del cuello cervical.

La mayoría de los estudios nacionales e internacionales se refieren a la tendencia general de precocidad sexual; mientras más temprano se inicia la actividad sexual, mayor es el riesgo a desarrollar afecciones como cervicitis o enfermedades ginecológicas inflamatorias altas y a la mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual, sobre todo las de causa viral ejemplo de ello lo constituye, el virus del papiloma humano (VPH), porque es interesante destacar el

hecho de que la mayoría de las infecciones por este virus ocurren en las primeras relaciones sexuales, por lo que no es extraño encontrar una prevalencia mayor del virus en países subdesarrollados donde las mujeres inician su vida sexual siendo aún muy jóvenes.²⁴

La multiparidad ha estado ligada a la presencia de lesiones premalignas y malignas de cuello de útero muchas veces asociada a los desgarros producidos por los partos, los cuales en el proceso de reepitelización producen atipias celulares. Las mujeres con dos o más hijos producto de partos eutócicos, conformaron el mayor grupo en este estudio lo que coincide ampliamente con los trabajos revisados.²⁵

En relación con la multiparidad se plantea que con el incremento del número de partos, aumenta el riesgo de cáncer cervical debido a mayor número de contactos sexuales y a traumas cervicales, con más exposición a virus oncogénicos, a cambios hormonales con posible acción carcinogénica.⁵

Sin embargo en nuestro estudio no constituyó un factor de riesgo, lo que pudo estar relacionado con la disminución del número de partos en el área de salud.

En relación con el número de partos y el tipo se ha demostrado que la neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso, por lo que es posible considerar el parto vaginal como un factor de riesgos del cáncer del cuello del útero, este aspecto debe relacionarse con el número elevado de abortos donde el útero está sometido a instrumentaciones y traumatismo.¹⁷

Las laceraciones y traumatismos obstétricos afectan las fronteras normales y la relación entre el epitelio endocervical y exocervical. Investigadores refieren que el riesgo aumenta si el parto ocurre de forma distócica en el primer año después del inicio de la vida sexual.¹ Una edad menor de 20 años para el primer nacimiento y una paridad mayor o igual de tres partos a término también están asociadas con un riesgo aumentado de desarrollo de cáncer cervical, debido en parte a la mayor exposición al VPH por una mayor cantidad de relaciones sexuales desde temprana edad. Además, las heridas e infecciones del cuello uterino, que pueden ocurrir durante el parto, alteran los límites normales entre los dos epitelios en la zona de transición que es la zona de origen del cáncer, 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.¹⁷

En trabajos previos, que se analizaron factores reproductivos, no se consideró la edad del primer parto; quizás esto se debe a la correlación que esta variable tiene con otras, como son inicio de vida sexual activa y número de partos, las cuales están plenamente identificadas como factores independientes para CCU.

Los métodos de barrera como el condón, el diafragma, el capuchón cervical y el preservativo femenino, protegerían de padecer cáncer del cérvix. Sin embargo, el uso de anticonceptivos orales (ACO) durante 6-9 años (o más) se acompaña de un incremento de hasta tres veces del riesgo de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grado III. Las mujeres que los han utilizado durante 2-10 años (o más) tienen una incidencia del doble de padecer carcinoma invasor en comparación con las que no lo usan. Estudios más recientes sobre este asunto sugieren que el riesgo de cáncer de cuello uterino es especialmente elevado—hasta en 6 veces— entre las usuarias de ACO, que además tienen una infección por VPH.³

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente las causadas por los llamados oncovirus, en las que la infección por el papiloma viral humano (VPH) se considera la causa principal, aumentan la probabilidad de padecer cáncer del cuello. Actualmente se conoce que ciertos tipos del VPH son el factor etiológico central en la aparición del cáncer del cuello del útero y de sus lesiones precursoras, dado que en el mundo entero este tipo de cáncer es el más común en la mujer, con excepción del cáncer de mama.^{3, 17}

Es importante plantear que estas afecciones no tratadas adecuadamente y en presencia de un terreno propicio podría desencadenar lesiones displásicas a nivel del cérvix, que sin dudas llegarían a evolucionar hacia un cáncer si no se interrumpe su desarrollo por acciones médicas específicas como la que se realizan en la consulta de patología de cuello. En nuestro estudio las ITS no se consideraron factores de riesgo, lo que pudo estar relacionado con la presencia en Cuba de un programa de prevención y tratamiento de las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco Argote O, Valladares Vallín J, Pérez Ramos G. Neoplasia intraepitelial cervical en un área de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Ago [citado 17 Abr 2015]; 37(2): 193-203. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200009&lng=es

2. Novoa Vargas A, Echegollen Guzmán A. Epidemiological of cérvix uteri cáncer in Latin América. Ginecol Obstetr Mex [Internet]. 2001 [citado 6 Dic 2015]; 375(5):69:243-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11552462>
3. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S. Obstetricia y Ginecología [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. [citado 6 Dic 2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/ginecologia_obstetricia_3raedicion/indice_p.htm
4. Santana Serrano C, Chávez Roque MI, Viñas Sifontes LN, Hernández López E, Cruz Pérez J. Diagnóstico precoz del cáncer cérvicouterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Ago [citado 17 Abr 2015]; 37(2): 213-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200011&lng=es
5. Martínez Martínez PA, Díaz Ortega I, Carr Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López JA, Torre AI. de la. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Mar [citado 17 Abr 2015]; 36(1): 52-65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es
6. Barbón A. Análisis de algunos factores de riesgo de lesiones premalignas de cuello uterino en un área de salud. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2009 Nov [citado 02 Dic 2015]; 8(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400005&lng=es
7. Cartaya Olano M, Hernández Sáez I, González Sáez Y, Álvarez Cisneros NP. Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. AMC [Internet]. 2010 Oct [citado 17 Abr 2015]; 14(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500005&lng=es
8. Gutiérrez Machado M, Suárez González JA, Cabrerías Suárez D. Estrategia de intervención en mujeres con citologías alteradas negadas al seguimiento. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Ago [citado 17 Abr 2015]; 37(2): 204-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200010&lng=es

9. Rosell Juarte E, Muñoz Dobargane A, Cepero Muñoz F, Cardoso Hernández J, Estenoz Fernández A. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Rev Archivo Médico de Camagüey [Internet]; 2007 [citado 18 Dic 2015]; 11(Supl I). Disponible en: <http://shine.cmw.sld.cu/amc/v11supl.I/830.htm>
10. León Cruz G, Bosques Diego O, Silveira Pablos M, Torre AI. de la, Soto P, Rodríguez B. Incidencia de los factores de riesgo en mujeres cubanas con diagnóstico de lesiones oncológicas de cérvix. Rev Cubana Med [Internet]. 2009 Mar; [citado 6 Dic 2015]; 48(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000100006&lng=es
11. Cabezas CE. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvicouterino. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
12. Hidalgo Abud F. Manual de detección precoz del cáncer cérvico uterino. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
13. Moré Vega A, Moya Toneut C, Pino Pérez FV, Gálvez Castellón AM, Espinosa Fuentes ML, Ávalos Arbolaes JL. Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2013 Dic [citado 17 Abr 2015]; 39(4): 354-67. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400005&lng=es
14. Torriente Hernández S, Valdés Álvarez O, Villarreal Martínez A, Borrego R. Correlación colpohistológica en las pacientes portadoras de neoplasia intraepitelial cervical tratadas con radiocirugía. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet] 2011 mar [citado 4 May 2015]; 37(1):23-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100005&lng=es
15. Torriente Hernández S, Valdés Álvarez O, Villarreal Martínez A, Lugo Sánchez A. Caracterización de un grupo de pacientes con neoplasia intraepitelial cervical diagnosticadas por biopsia con asa diatérmica. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet] 2011 mar [citado 11 Abr 2015]; 37(1):42-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100006&lng=es

16. Garcés Rodríguez MS. Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino. Correo Científico Médico de Holguín [Internet]. 2010 [citado 6 Dic 2015]; 14(1). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no141/no141ori01.htm>
17. Cabrera Arenas JC. Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006-2011. [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. [citado 6 Dic 2015]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/452/Cabrera_aj.pdf?sequence=1
18. Salinas Tomalá JA, Villarroel Peña GE. Factores de riesgo y prevención del cáncer cérvico uterino en las usuarias de la "Clínica Granados". Salinas. 2011-2012. [tesis]. Ecuador Universidad Estatal "Península de Santa Elena"; 2012. [citado 6 Dic 2015]. Disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/46000/618/SALINAS%20TOMALA%20JANETH.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Benia W, Tellechea G. Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. 1997. Rev Med Uruguay [Internet]. 2000 [citado 6 Dic 2015]; 16:103-13. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2000v2/art2.pdf>
20. Castañeda Íñiguez MS, Toledo Cisneros R, Aguilera Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cérvico uterino en mujeres de Za cateca. Salud Pública Mex [Internet]. 1998 [citado 6 Dic 2015]; 40(4):330-8. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341998000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
21. Cabezas Cruz E. Conferencia del Diplomado de Ginecología en Infanto Juvenil sobre el embarazo en la adolescencia. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2005.
22. Organización Panamericana de la Salud. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino [Internet]. Washington, D.C: OPS/OMS; 2002. [citado 6 Dic 2015]. Disponible en: <http://screening.iarc.fr/doc/0-Spanish-Planning-Guide.pdf>

23. Valdés Álvarez O. Tratamiento conservador de la neoplasia intraepitelial cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 1997 Dic [citado 11 Abr 2012]; 23(2):86-90. Disponible en: <http://screening.iarc.fr/doc/0-Spanish-Planning-Guide.pdf>

24. Lau Serrano D, Millán Vega MM, Fajardo Tornés Y, Sánchez Alarcón C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Sep [citado 17 Abr 2015]; 38(3):366-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300009&lng=es

25. Salvent Tames A, Rodríguez Lara O, Leyva Lambert M, Gamboa Rodríguez M, Columbié Gámez M. Comportamiento del cáncer cérvicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Jun [citado 17 Abr 2015]; 38(2):190-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200006&lng=es

Recibido: 10 de mayo de 2016.

Aprobado: 8 de julio de 2016.

Dra. Isis Ileana Cabrera Guerra. Hospital Mártires de Jiguani. Jiguani. Granma, Cuba. E-mail: yurisnel.grm@infomed.sld.cu