

Riesgos asociados a lesiones displásicas de cuello uterino. Policlínico Raúl Podio, enero 2007- enero 2009.

Risks associated to displasic lesions of the cervix. Raul Podio Polychlinic, January 2007 - January 2009.

Yadira Rodríguez Rosa¹, Yuliet Rosibel López Corría², Yamila Figueredo Moreno³, Yuliemis López Corría⁴, Felix Iran Figueredo Espinosa⁵.

¹ Licenciada en Enfermería. Master en Atención Integral a la Mujer. Instructor. Policlínico Docente "Raúl Podio Saborit". Media Luna. Granma.

² Licenciada en Enfermería. Master en Atención Integral a la Mujer. Instructora. Policlínico Docente "Raúl Podio Saborit". Media Luna. Granma.

³ Licenciada en Enfermería. Master en Atención Integral a la Mujer. Instructor. Policlínico Docente "Raúl Podio Saborit". Media Luna. Granma.

⁴ Ingeniera en Ciencias Informáticas. Facultad de Ciencias Médicas "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo. Granma.

⁵ Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Master en Atención Primaria de Salud. Instructor. Dirección Municipal de Salud. Media Luna. Granma.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, analítico, de casos y controles con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a lesiones displásicas de cuello uterino en la Policlínica "Raúl Podio Saborit" de Media Luna, desde el 1 de enero 2007 al 31 de enero 2009. De un universo de 48 pacientes se seleccionaron 30 afectadas y se les realizó una encuesta epidemiológica, se tomó 1 caso por cada 4 controles. Se calcularon los Odds Ratio (OR) y los Riesgos Atribuibles y de Levin. Se concluyó que existió un predominio de pacientes con edades comprendidas entre 40 y 49 años (36.7%), se demostró asociación estadística significativa entre esta enfermedad y factores de riesgo como las laceraciones o traumas durante el parto (OR = 12.3), el hábito de fumar (OR = 8.7), el bajo nivel socioeconómico (OR = 5.7), la multiparidad (OR = 5.0) y la promiscuidad sexual (OR= 3.69).

Descriptor DeCS: DISPLASIA DEL CUELLO DEL ÚTERO/ epidemiología

ABSTRAC

An observational and analytical study of cases and controls was carried out with the aim of determining the risk factors associated to displasic injuries of uterine neck at Raul Podio Saborit Polychinical in Media Luna, from January 1st, 2007 to January 31, 2009. From a universe of 48 patients, 30 affected women were selected to carry out an epidemiological survey; one case out of four was taken. Odds Ratio (OR) were calculated as well as Atributive Risks and Levin's. Patients whose ages oscilated between 40 and 49 (36.7%) prevailed and it was proved a significant statistical association between the disease and the risk factors such as lacerations and traumas during labour (OR=12.3), smoking addiction (OR=8.7), low socio-economical level (OR=5.7), multi-parity (OR= 5.0) and sexual promiscuity (OR= 3.69).

KEY WORDS: UTERINE CERVICAL DYSPLASIA/ epidemiology

INTRODUCCIÓN

La salud de las mujeres se ve afectada por diversos factores vinculados con la función reproductiva y de género. ¹ La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino. En su aparición, juega un papel importante la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Sin embargo, no todas las mujeres infectadas desarrollan lesiones intraepiteliales de alto grado y carcinoma *in situ* ² pues esto va a depender de la oncogenicidad del tipo de virus que infecta y de algunos otros factores de riesgo no menos importantes, que pueden actuar asociados a la infección con el VPH.

Se presentan con mayor frecuencia en mujeres que han comenzado la actividad sexual precozmente, con embarazos a temprana edad. La promiscuidad, sin ser sinónimo de cáncer de cérvix, parece ser el factor de riesgo de mayor importancia. Numerosos factores han sido sugeridos para explicar la aparición de estas enfermedades, la transmisión de agentes infecciosos (trichomonas, Gardenella, Herpes virus tipo II [HSV-2], clamidia) continúan como uno de los más importantes, otros factores asociados incluyen el número de embarazos, deficiencias de vitaminas A, E y C, β carotenos, inmunodeficiencias, el número de parejas sexuales y el hábito de fumar. También se ha discutido la mayor frecuencia de estas lesiones en pacientes que utilizan o han utilizado por largos períodos hormonas como anticonceptivos orales. Una de las hipótesis considera como principal agente causal a los carcinógenos presentes en el semen masculino, proteínas específicas que alteran las células epiteliales y subepiteliales e inducen transformación neoplásicas. ³

Con el objetivo de acercar más el diagnóstico citológico al histológico es que las clasificaciones de las lesiones pre- neoplásicas se han modificado. Actualmente utilizamos el término propuesto por Richard en los años 60 (Neoplasia Intraepitelial Cervical-NIC) dividida en grados, en dependencia de la célula escamosa que esté alterada:

NIC	I__	Displasia	ligera	(células	superficiales	discarióticas).
NIC	II__	Displasia	moderada	(células	intermedias	discarióticas).

NICIII__Displasia severa y carcinoma in situ (células profundas discarióticas). En 1988 surge la clasificación denominada Bethesda que fue modificada posteriormente en 1991 y agrupa estas lesiones en dos grandes grupos: Lesión intraepitelial de bajo grado [este incluye al papiloma virus humano (HPV) y a la displasia ligera (NICI)] y lesión intraepitelial de alto grado [incluye a la displasia moderada (NIC II), a la displasia severa (NIC III) y carcinoma in situ (CIS)] (4, 5).

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, analítico, de casos y controles con el objetivo general de determinar los factores de riesgo asociados a lesiones displásicas de cuello uterino en la Policlínica "Raúl Podio Saborit" de Media Luna, desde el 1 de enero 2007 al 31 de enero 2009. El universo estuvo constituido por 48 pacientes con citologías positivas y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión para los casos se seleccionó una muestra de 30 pacientes. Se tomó 1 caso por cada 4 controles (120 controles).

Objetivo Específico: Determinar la relación de la edad, el nivel socioeconómico, el hábito de fumar, los antecedentes de laceraciones o traumas durante el parto, la multiparidad y la promiscuidad sexual con la aparición de las lesiones displásicas de cuello, en el período analizado.

Determinación y operacionalización de las variables.

Edad: Variable cuantitativa continua que se evaluó según los años vividos al momento de la enfermedad y en los no enfermos a través de la siguiente escala: Menores de 30 años, de 30-39 años, de 40 a 49 años, de 50 a 59 años y 60 y más.

Hábito de fumar: Variable nominal dicotómica, se tomó como positivos sólo si están presentes como mínimo un año antes de producirse el suceso, se incluyeron aquellas pacientes que fuman más de tres cigarrillos al día, así como también hayan abandonado el hábito de fumar pero han fumado por más de cinco años.

Laceraciones o traumas durante el parto: Esta variable se presentó de forma nominal dicotómica y se recogió la historia de partos distócicos en partos anteriores que hayan provocado alteraciones en el cuello uterino.

Multiparidad: Variable cuantitativa discontinua que expresó la cantidad de partos en una persona con la enfermedad o no y fueron consideradas múltiparas si tuvieron 2 o más partos.

Bajo nivel socioeconómico. Variable cualitativa nominal dicotómica, con bajo nivel socioeconómico cuando sus ingresos no cubran todas las necesidades de vida y las condiciones de la vivienda y alimentación sean malas.

Promiscuidad sexual. Variable cuantitativa discontinua y fue considerada promiscuidad sexual cuando han tenido 3 o más compañeros sexuales.

Criterios de inclusión para los casos (n= 30): Pacientes que tuvieron el diagnóstico de lesiones displásicas de cuello en cualquiera de sus formas clínicas, residir en el municipio Media Luna durante el período de estudio, voluntariedad de participar en la investigación.

Criterios de exclusión para los casos: Cambio de domicilio.

Criterio de salida para los casos: Fallecimiento.

Criterios de inclusión para los controles (n= 120): Que pertenecieran a la misma área de salud que el caso, que pertenecieran al mismo intervalo de edad que el caso, voluntariedad de participar en la investigación, que sus resultados citológicos sean negativos.

Análisis y procesamiento de la información.

En cuanto a las técnicas de recolección de la información se utilizó una encuesta epidemiológica previo consentimiento informado. Los resultados se representaron de forma tabulada. Se calcularon los porcentajes y como medida de asociación se recurrió a la razón de productos cruzados u Odds Ratio (OR). Para cada variable del estudio la autora tomó como intervalo de confianza estimado al 95% y valor de $p \leq 0.05$ y se tuvo en cuenta las siguientes posibilidades de asociación: Odds Ratio >1 : la exposición es un posible factor de riesgos de producir la enfermedad, odds Ratio <1 : la exposición es un posible factor de protección para la enfermedad y odds Ratio $=1$: no hay asociación entre exposición y enfermedad.

Se tuvieron en cuenta medidas de impacto o intervención como el riesgo atribuible porcentual (RA%), medida que expresa la proporción de la tasa que se debe al factor de riesgo en el grupo expuesto. Se utilizó el cálculo del Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual (RAP%), que permite expresar cuánto de la incidencia del daño en la población general se debe a la presencia del factor de riesgo.

El procesamiento estadístico se realizó en una microcomputadora Pentium IV con ayuda del programa SPSS.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LO RESULTADOS:

El pico de incidencia de las afecciones ginecológicas ocurre entre la cuarta y quinta década de la vida y se calcula que la mortalidad es seis veces mayor en mujeres de más de 50 años. ⁶ Al

observar los resultados del estudio se encontró que las edades comprendidas entre los 30 y 49 años representan un factor de riesgo de esta enfermedad, ya que el mayor porcentaje de pacientes se obtuvo en el grupo de 40-49 años (36.7%), seguidas por las de 30-39 años (30%), (Tabla 1). Este resultado coincide con Cabrera Fernández ⁷ y Hernández Amaro ⁸ que plantean que en las mujeres en esta edad se manifiestan cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida las infecciones del tracto urogenital, provocado por la disminución de las defensas estrogénicas del aparato genital.

El hábito de fumar constituye un factor de riesgo importante para la enfermedad, ya que existe un incremento del riesgo tanto de enfermedades preinvasoras como invasoras entre las fumadoras actuales. ⁶ En esta investigación al analizar la distribución de casos y controles según este factor el 46.7% de los casos mantenían el hábito, (Tabla 2). Por lo que en este grupo el hábito de fumar incrementó en un 8.7 el riesgo de padecer la enfermedad, 6.24 veces más que el encontrado por Velázquez Márquez ⁹ (OR = 2.46) y coincidiendo con Martínez y Torrientes ¹⁰ que consideran que el hábito de fumar por más de 15 años de evolución influye doblemente por estar demostrado que es consumidor de estrógeno, los cuales disminuyen en la edad climatérica y también porque afecta la vigilancia inmunológica a nivel del mucus cervical.

Las condiciones socioeconómicas desfavorables se han relacionado con la aparición y con una supervivencia corta de mujeres con afecciones ginecológicas así como las dietas pobres en frutas y vegetales. Otros estudios postulan además las malas condiciones higiénicas o prácticas higiénicas inadecuadas. ¹¹ En los resultados del estudio se observa un predominio en los casos al compararlo con los controles (60% contra un 20.8%) y un OR=5.7, (Tabla 3), por tanto es 5.7 veces mayor la posibilidad de aparición de esta entidad en aquellas con bajo nivel socioeconómico. Desde el punto de vista social encontramos un valor de RA% = 73% y RAP% = 44%. En países como Ecuador, Costa Rica, Bolivia y México, las tasas más altas de cáncer y displasias se observaron entre las mujeres más pobres, de zonas rurales y costeras, en parte debido a las dificultades para acceder a los programas de tamizaje y a problemas en la calidad del diagnóstico. Las amplias variaciones dentro de estos países se relacionaron con el acceso a los servicios, el grado de educación y la pobreza. ¹²

La promiscuidad sexual representa un importante riesgo para la enfermedad que nos ocupa, ya que cuantos más compañeros sexuales tenga una mujer, más probabilidades tendrán de padecerla. Si el compañero sexual, por su parte, es promiscuo, la probabilidad es aún mayor. ¹³ Así lo manifiestan los cálculos: OR = 3.69, RA%= 62.4, RAP% = 29%, (Tabla 4). Estuvieron expuestos el 46.7 de los casos y en 19.2% de los controles. Hernández Amaro ⁸ demostró la relación de este factor con la entidad que nos ocupa al obtener un valor de OR=8, tomando como riesgo a aquellas mujeres que tenían antecedentes de 3 o más parejas sexuales. En otros estudios ¹² se ha evidenciado la significación de la promiscuidad sexual para la aparición de esta

entidad. Guevara González ¹⁴ demostró en su estudio que el continuo cambio de pareja predispone en un 80% a la mujer de padecer esta patología.

El cuello uterino está sometido a múltiples traumatismos durante el embarazo constituyendo un factor predisponente del cáncer y las lesiones displásicas. ¹⁵ En la tabla 5, nótese que existe la misma proporción (50%) de casos y controles con antecedentes de laceraciones o traumas durante el parto. Estadísticamente se obtuvo un OR con un valor notable de 12.3. En consideración al impacto que pudiera tener en la sociedad, podemos afirmar que si se eliminaran estas complicaciones, se disminuiría en un 40% la tasa de incidencia en los expuestos y en un 80% en la población global. 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; además estudios efectuados en cuatro continentes sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más altos de aparición de afecciones ginecológicas que aquellas que nunca habían tenido embarazos. ¹⁶ Velásquez Márquez ⁹ encontró que los desgarros cervicales presenta una asociación significativa con la enfermedad.

El número de embarazos llegados a término también favorece la aparición de este grupo de enfermedades, debido a que la mujer durante el embarazo tiene cierto grado de inmunodepresión; por tanto, mientras más veces una mujer haya estado inmunodeprimida durante períodos de 9 meses, más probabilidades tendrán de desarrollarlas. ¹⁷ En esta investigación resultó un lugar significativo dentro de los factores de riesgo. En los casos, 25 pacientes (83.3%) tuvieron más de un parto para un OR=5,0, (Tabla 6). Al tomar en cuenta las medidas de impacto potencial obtuvimos RA% = 65.8% y RAP% = 55%. Todo esto confirma el criterio de la autora de esta investigación. Lazcano Ponce ¹⁸ también demostró la influencia de la multiparidad, obteniendo valores de odds ratio ajustados por edad y cantidad de partos, donde en mujeres con 2 partos tenían 2.54 veces mayor riesgo de padecer la enfermedad que en aquellas no expuesta. Hernández Amaro ⁸ encontró que 3 partos o más predisponían 3.59 veces más a las mujeres expuestas. Martínez y Torrientes ¹⁰ aseguran que en el 65 % y el 72,3 % de las pacientes con cáncer y NIC respectivamente, tenían más de 3 partos. ^{14, 19, 12}

CONCLUSIONES

Resultaron factores de riesgo de las lesiones displásicas de cuello uterino en orden de importancia el grupo de edad de 40-49 años que presentó un mayor número de pacientes con lesiones displásicas de cuello y entre los principales factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la enfermedad los antecedentes de lesiones o traumas durante el parto, el hábito de fumar, el nivel socioeconómico, la multiparidad y la promiscuidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdés Caraveo R. Factores que influyen en el comportamiento preventivo del Cáncer Cervicouterino. Universidad Autónoma de Chihuahua, México. Avances en Psicología Latinoamérica 2004; 22: 49-59.
2. De Palo G, Chanen W, Dexeus S. Infección del cuello uterino por el papilomavirus humano En: Patología y tratamiento del tracto genital inferior. Barcelona: Editorial Masson; 2001. p. 42-61.
3. León Cruz G, Faxas ME. Cáncer de cuello uterino: aspectos inmunológicos y genéticos de mayor relevancia. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Rev Cubana Med. [Revista en Internet] 2004 [Consultado 19 de febrero de 2007]; 43 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Maillet M. Citología de la NIC. Clasificación de los frotis. Prácticas con diapositivas. En: División Española de la Academia Internacional de Patología. II Curso de Actualización en Patología. La Habana: MINSAP; 1998. p. 102-40.
5. Infección por HPV. Lesiones pre-cancerosas del aparato genital femenino. Carcinoma epidermoide. Adenocarcinoma. En: Viguer JM, García del Moral R. Laboratorio y atlas de citología. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana de España; 1995.p.78-90.
6. Pérez Echemendía M. Cáncer cérvico uterino. Ginecología oncológica pelviana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
7. Cabrera Fernández M, Preval Pérez M, Tamayo Barthelemy R, Hernández Gil M. Caracterización de un grupo de pacientes con cáncer cervicouterino en un servicio de radioterapia. Rev Cubana Enferm. [Revista en Internet] 2006 [Citado 8 marzo 2010]; 22(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_1_06/enf05106.htm
8. Hernández Amaro F. Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparición de cáncer cervicouterino en un área de salud. Archivo Médico de Camagüey; 2003; 7 (supl. 2).
9. Vázquez Márquez A, González Aguilera JC, de la Cruz Chávez F, Almirall Chávez AM, Valdés Martínez R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología. [Revista en Internet] 2008 [Consultado 8 de marzo de 2010]; 34(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v34n2/gin07208.pdf>
10. Martínez Camilo V, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev Cubana Obstetricia y Ginecología. [Revista en Internet] 2006 [Citado 25 abril 2007]; 32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2006000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Álvarez Bofil H. Eficacia de la citología para el pesquizaje de las lesiones precancerosas del cérvix. Correlación citohistológica. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico José R. López Tabrane. Centro Provincial de Información de las Ciencias Médicas. Matanzas. Cuba; 2003.
12. Lewis Merle J. Análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washintong D.C. OPS: 2004.
13. García Trujillo Y, Herrera Blen JA, Martínez Hernández V. Citología vaginal no útil, causas y riesgos. Rev Cubana de Medicina General Integral. [Revista en Internet] 2009 [Consultado 18 de abril de 2009]; 25(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252009000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. La nueva medicina: ¿La Ginecología Molecular? Noticiero Científico Técnico [Revista en Internet] 2010 [Consultado 16 de abril de 2010]; (2). Disponible en: <http://www.sld.cu/print.php?idv=29377>
15. Román Fernández L, Erice Candelario AI, Ulloa Cruz V. Afecciones ginecológicas más frecuentes. En: Álvarez Sintés R, editor. Principales afecciones del individuo en los contextos familiar y social. Temas de Medicina General Integral. T II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 763-82.
16. Muñoz N, Franceschi S, Bosseti C. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: IARC multicentric case-control study. Lancet 2002; 359 (9312): 1093-1101.
17. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
18. Lazcano Ponce E. Factores de riesgo reproductivo y cáncer cervicouterino en la Ciudad de México. Rev Salud Pública de México. [revista en Internet] 1993 [Consultado 12 abril 2010]; 35(1): [65-73]. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001259>
19. Bravo Polanco E, Rubio Rojas R, Chaviano Marichal A. Factores de Riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino. Cumanayagua. Enero- Diciembre; 2000.

ANEXOS

Tabla 1: Distribución de casos y controles según la edad. Media Luna 1-1-2007 al 31-1-2009.

Grupos de edades	de Casos		Controles		Total	
	No	%	No	%	No	%
< 30 años	1	3.34	4	3.34	5	3.34

30 – 39	9	30	30	25	39	26
40 – 49	11	36.7	47	39.2	58	38.7
50 – 59	8	26.7	35	29.2	43	28.7
60 y más	1	3.34	4	3.34	5	3.34
Total	30	100	120	100	150	100

Fuente: encuesta epidemiológica.

Tabla 2: Distribución de casos y controles según el hábito de fumar. Media Luna 1-1-2007 al 31-1-2009.

Hábito de fumar	Casos		Controles		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	14	46.7	11	9.2	25	16.7
No	16	53.3	109	90.8	125	83.3
Total	30	100	120	100	150	100

OR = 8.7 RA% = 77.1% RAP% = 23.3%. Fuente: encuesta epidemiológica.

Tabla 3: Distribución de casos y controles según bajo nivel socioeconómico. Media Luna 1-1-2007 al 31-1-2009.

Nivel socioeconómico bajo	Casos		Controles		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	18	60	25	20.8	43	28.7
No	12	40	95	79.1	107	71.3
Total	30	100	120	100	150	100

OR = 5.7 RA% = 73.3% RAP% = 61%. Fuente: encuesta epidemiológica.

Tabla 4: Distribución de casos y controles según promiscuidad. Media Luna 1-1-2007 al 31-1- 2009.

Promiscuidad sexual	Casos		Controles		Total	
	No	%	No	%	No	%
3 o más compañeros sexuales.	14	46.7	23	19.2	37	24.7
1 o 2 compañeros sexuales.	16	53.4	97	80.9	113	75.3
Total	30	100	120	100	150	100

OR = 3.69 RA% = 62.4% RAP% = 42.5%. Fuente: encuesta epidemiológica.

Tabla 5: Distribución de casos y controles según laceraciones o traumas durante el parto. Media Luna 1-1-2007 al 31-1- 2009.

Laceraciones o traumas durante el parto.	Casos		Controles		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	15	50	9	7.5	24	16
No	15	50	111	92.5	126	84
Total	30	100	120	100	150	100

OR = 12.3 RA% = 80.7% RAP% = 40.5%. Fuente: encuesta epidemiológica.

Tabla 6: Distribución de casos y controles según multiparidad. Media Luna 1-1-2007 al 31-1- 2009.

Multiparidad.	Casos		Controles		Total	
	No	%	No	%	No	%
2 o más partos.	25	83.3	70	58.3	95	63.3
1 parto.	5	16.7	50	41.7	55	36.7

Total	30	100	120	100	150	100
--------------	-----------	------------	------------	------------	------------	------------

OR = 5.0 RA% = 65.8% RAP% = 55%. Fuente: encuesta epidemiológica.

ENCUESTA

No de orden: _____

1. Edad: _____

2. Promiscuidad sexual:

1 o 2 compañeros: _____

3 o más compañeros: _____

3. Fuma.

Si _____

No _____

4. Nivel socioeconómico bajo:

Si: _____

No: _____

5. Laceraciones y traumas durante el parto.

SI _____

No _____

6. Multiparidad

1 parto: _____

2 o más partos: _____