

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN-LEÓN  
FACULTAD DE MEDICINA**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**Factores de Riesgo de Lesiones Pre ~ Malignas y Malignas de  
Cervix Uterino, Chinandega.**

**Autores:**

**Br. Maria Rebeca Torrez Corrales  
Br. Marvin José Vanegas Vanegas**

**Tutor:**

**Dr. Roberto Montenegro.  
Especialista en Ginecología y Obstetricia.**

**Asesor:**

**Dr. Arnoldo Toruño.  
Msc. Salud Pública**

**Chinandega 2007**

Br. Rebeca Torrez, Br. Marvin Vanegas

## RESUMEN

*Factores de Riesgo de Lesiones Pre ~ Malignas y Malignas de Cervix Uterino, Chinandega.*

**Palabras claves:** Factores de riesgo, Lesiones premalignas y malignas de cervix uterino.

**Autores:** Br. Rebeca Torrez Corrales, Br. Marvin Vanegas Vanegas.

**Tutor:** Dr. Roberto Montenegro. Especialista en Ginecología y Obstetricia.

**Asesor:** Dr. Arnoldo Toruño. Msc. Salud Pública

El presente estudio es analítico de casos ~ controles no pareados cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo de lesiones pre ~ malignas y malignas de cervix uterino.

Se estudiaron en total 240 pacientes, de los cuales 120 eran casos (representando la totalidad de los casos que se presentaron en el periodo de estudio) y 120 controles; a los cuales se le aplicó una ficha de recolección de datos para responder nuestros objetivos. La información fue procesada por método computarizado utilizando el programa estadístico SPSS ver. 10,0.

En nuestro estudio se encontraron como factores de riesgo para de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino: La infección por virus de papiloma humano, No realización de Pap's según normas, Las relaciones sexuales sin protección, Tabaquismo, Multiparidad, Infección por virus del herpes tipo 2 y Promiscuidad. Siendo el factor de riesgo de mayor fuerza de asociación la Infección por virus de Papiloma Humano (OR = 40.322) (IC 95% = 12.138 ~ 133.952) por lo que se recomienda dar seguimiento adecuado a las paciente que presenten factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino especialmente aquellas con diagnostico de Infección por Virus de Papiloma Humano.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios...**

**Nuestros Padres...**

**Familia...**

**Tutores...**

**No existen palabras que describan nuestra gratitud.**

## ÍNDICE

	Páginas
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
HIPOTESIS.....	8
OBJETIVOS.....	9
MARCO TEÓRICO.....	10
DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
RESULTADOS.....	28
DISCUSION DE RESULTADOS.....	30
CONCLUSIONES .....	32
RECOMENDACIONES.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	34
ANEXOS.....	36

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix uterino es la segunda malignidad más frecuente en la población femenina mundial y la primera en los países en vías de desarrollo como el nuestro, de acuerdo con un informe de la agencia internacional para investigaciones del Cáncer.<sup>1</sup>

Las tasas de incidencia de esta neoplasia varían de un país a otro y aún en diferentes áreas de un mismo país.

Es valido señalar que las tasas de incidencia más altas se encuentran en América Latina en la cual constituye la primera causa de mortalidad. Se estima que en esta región una de cada 100 mujeres entre los 35 y 55 años padece de carcinoma cérvico-uterino<sup>2</sup>.

Según datos obtenidos en el departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (León), cada año se diagnostican aproximadamente 400 nuevos casos de cáncer, de los cuales 120 corresponden al cáncer cérvico-uterino; la mayoría de ellos invasivos y en etapas avanzadas de la enfermedad, el segundo cáncer en frecuencia en la mujer es el cáncer de mama con 26 casos anuales. Para el período de 1,987-1,997, la tasa de incidencia anual de cáncer invasor en el departamento de León, era de 24.3 x 100,000 mujeres<sup>3</sup>.

Estos datos nos brindan una idea de la magnitud de éste problema de salud en nuestra población, y explica, porqué el cáncer cérvico-uterino es la mayor causa de morbimortalidad por cáncer en Nicaragua.

---

<sup>1</sup> Informe de la Organización Mundial de la Salud. Cancer cervical.  
<http://www.gineconet.com.articulo/1137.htm>

<sup>2</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales".  
Diagnostico y Manejo de Lesiones Premalignas de Cérvix. Curso precongreso 16 y 17 de Junio 2003

<sup>3</sup> Brenda Patricia Delgadillo Vivas, MD. Cáncer Cérvicouterino en Departamento de León durante el periodo 1999 ~ 2002.

En muchos países desarrollados existen programas de detección selectivos de citología cervical que varía en grado de organización (Programas de cribado), cuyo objetivo es reducir la morbimortalidad por cáncer de cérvix, a través de la detección temprana y del tratamiento de las alteraciones epiteliales (lesiones pre-malignas).

Los programas de detección del cáncer cérvicouterino bien organizados son indispensables para reducir la incidencia y mortalidad de la enfermedad<sup>4</sup>. Los programas actuales de control de cáncer de cuello uterino están basados en la estrategia de la prevención a través de citología cervical, técnica de detección temprana. Para que estos programas sean eficaces deben tener cobertura y calidad apropiada, y estar integrados con el diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz de los casos detectados<sup>5</sup>. En Nicaragua existe el programa encaminado a la detección oportuna del cáncer cérvicouterino con el que se ha pretendido obtener una reducción de la morbimortalidad y de esta manera mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas a través de la detección precoz y tratamiento oportuno, sin embargo, este se ha visto limitado por múltiples factores que ha permitido que aun continuemos con altas cifras de incidencia de esta patología.

Es nuestro reto, captar a corto plazo el mayor número de pacientes con ésta patología en su fase pre-maligna con el objetivo de reducir las tasas actuales de incidencia y mortalidad por cáncer uterino en Nicaragua, para esto es necesario conocer los factores de riesgo en una persona determinada lo cual puede guiarnos para lo toma de acciones apropiadas, incluyendo un cambio de conducta.

---

<sup>4</sup> Organización Mundial de las Salud. Programa de detección del cáncer Cérvicouterino. 1993

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud. Manual de Normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. No. 6. 1990

## **ANTECEDENTES**

Globalmente se calcula que cada año se diagnostican 466.000 nuevos casos de cáncer cérvicouterino y cada año 231.000 mujeres mueren de cáncer cérvicouterino. El 80% de ellas proceden de países en vías de desarrollo<sup>6</sup>. Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar cáncer de cuello uterino los cuales son: inicio de vida sexual a temprana edad, promiscuidad, relaciones sexuales sin protección, multiparidad, infección por virus del papiloma humano, infección por virus del herpes tipo 2, infección por chlamydia trachomatis, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, tabaquismo, anticoncepción con píldoras anticonceptivas, antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino y la no realización de PAP' según normas.<sup>7</sup>

Debido a la elevada morbilidad que ocasiona el cáncer cérvicouterino en la mujer nicaragüense, en nuestro país se han realizado numerosos estudios, cuyos resultados han demostrado una alta incidencia de cáncer cérvicouterino, una cobertura inadecuada y no dirigida a los grupos de mayor riesgo de el programa de detección oportuna, calidad de muestras representadas por muestras inadecuadas, y adecuadas pero limitadas, y seguimientos inadecuados de pacientes con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de alto grado.

En Nicaragua, el MINSA en el periodo de 1982 a 1991 reportó 164 muertes lo que es igual a 16.1 muertes por año; en 1999 la misma institución reportó 159 fallecidas por Cáncer del Cuello Uterino<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud. Hoja Informativa. Programa mujer salud y desarrollo.

<sup>7</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales. Op. Cit. Pag.14

<sup>8</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales. Op. Cit. Pag. 6

Durante los años 1999 al 2002, según lo reportado por la Dra. Delgadillo B, quien solamente incluyó pacientes del departamento de León, la tasa de incidencia fue de 35.6 y 39.6 por 100,000 mujeres para carcinoma invasor y carcinoma In-situ respectivamente<sup>9</sup>

Durante 1999 las Unidades del Ministerio de Salud atendieron 131,997 pacientes que solicitaron estudios citológicos cervical, obteniéndose una cobertura del 11%, a la vez se reportó 1,453 egresos hospitalarios con diagnóstico de carcinoma de cérvix; la cobertura según estos datos es baja la cual probablemente es mayor si consideramos la cobertura efectuada por las empresas médicas privadas, los servicios de clínicas previsionales y otras; pero muy a pesar de esto probablemente la cobertura global, no es adecuada.

Según estudios realizados en 1999 por Dra. Ana María Villanueva sobre análisis de la cobertura del programa Detección Oportuna de Cáncer Cérvicouterino efectuado a través de la toma de frotis de Papanicolaou en los tres Centros de Salud (Mántica, Perla María Norori y Sutiava) de la ciudad de León en 1992, demuestra una cobertura del 15,23%, siendo muy bajo para lo esperado en los diversos estudios de cobertura que considera eficaz cuando se obtiene un 80%.<sup>10</sup> Según datos brindados por PROFAMILIA de 1992 a 1993, en relación a mujeres con Papanicolaou según edad en Nicaragua, se observó que 4,069 casos son de pacientes menores de 30 años y 3,071 de 30 años y más; además es notorio que el estudio citológico disminuye a medida que aumenta la edad<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales. Op. Cit. Pág. 6

<sup>10</sup> Ana María Villanueva. Correlación Clínico~cito~patológico del cancer cérvicouterino. Op. Cit.

<sup>11</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales. Op. Cit. Pág. 8



En el Departamento de Chinandega la incidencia reportada para Carcinoma Invasor en los años 1999-2000 y 2001 fue de 18.5, 10.5 y 28.5 y para el Carcinoma In Situ en el mismo periodo fue 2.1, 8.4 y 14.2 respectivamente. A su vez se reporta que el grupo de edad de 40 ~ 49 años fue el más afectado por el Carcinoma In Situ como por el invasor.

Afortunadamente la historia natural del cáncer de cuello uterino es de tal naturaleza que permite el control de las formas invasivas a través de la prevención. Numerosos estudios han demostrado que la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) evoluciona al estado de carcinoma in situ en aproximadamente 5 años y que se requieren otros 10 años para el desarrollo del cáncer invasor.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup>Dísaia, P. Creasman. W, Oncología Ginecológica Clínica. Mosby / Doyma Libros. 1,994

## **JUSTIFICACION**

Nuestra población femenina tiene mayor riesgo de desarrollar lesiones premalignas y malignas de cuello uterino ya que esta expuesta a factores de riesgo propios de esta patología, lo que contribuye a una alta tasa de morbilidad y mortalidad por cáncer cérvicouterino la cual poco a poco ha variado en los últimos años, es por esto que hemos decidido identificar que factores de riesgo de lesiones de cuello uterino están presentes en nuestra comunidad para que sirvan de alerta en la detección temprana de dichas lesiones en sus fases premalignas y brindar el tratamiento oportuno para lograr una reducción de dicha morbilidad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuales son los factores de riesgo de Lesiones pre ~ malignas y malignas de cervix uterino?

## **HIPOTESIS**

El riesgo de lesión premaligna o maligna de cuello uterino es mayor en mujeres que presentan las siguientes condiciones:

1. Inicio de vida sexual a temprana edad
2. Promiscuidad
3. Relaciones sexuales sin protección
4. Multiparidad
5. Infección por virus del papiloma humano
6. Infección por virus del herpes tipo 2
7. Infección Por Chlamydia Trachomatis.
8. Antecedentes de infección de transmisión sexual
9. Tabaquismo
10. Anticoncepción con píldoras anticonceptivas.
11. Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino
12. No realización de PAP' según normas.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar factores de riesgo de lesiones pre ~ malignas y malignas de cervix uterino.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ❖ Describir las características sociodemográficas de la muestra estudiada
- ❖ Identificar los factores de riesgo de las lesiones pre ~ malignas y malignas de cuello de uterino.

## **MARCO TEÓRICO**

## **GENERALIDADES SOBRE EL CUELLO UTERINO<sup>13</sup>**

**1. ANATOMIA:** El Cuello Uterino es un segmento cilíndrico y angosto ubicado en la porción inferior del cuerpo uterino, mide de 2-4 cm. de longitud. Se halla dividido en dos partes por la inserción de la vagina: porción supravaginal y porción intravaginal u hocico de Tenca o Portio que es el segmento libre que se proyecta en la vagina, visible al efectuar examen con especulo. El punto de unión con el cuerpo del útero se denomina Istmo; área que coincide con una ligera constricción de la luz. Se extiende desde el orificio interno anatómico hasta el orificio interno histológico. Durante la gestación aumenta sus dimensiones y adquiere gran importancia, pero fuera de ella carece de interés. El canal cervical se extiende desde el orificio externo hasta el interno histológico éste último localizado en la zona de transición de las glándulas endocervicales a las endometriales. En sentido anterior se relaciona con la pared posterior de la vejiga, tiene conexiones laterales con el ligamento ancho y parametrio. En la parte posterior limita con la pared anterior del recto. En su parte inferior se abre a la vagina a través del orificio cervical externo el cual tiene morfología distinta según la paridad de la mujer.

La irrigación proviene de la arteria Uterina que es rama de la Ilíaca Interna la cual se divide en dos ramas: la Ascendente (uterina) que irriga el cuerpo del útero, trompas y ovarios; la rama Descendente (Cérvico-vaginal) que irriga el cérvix y parte superior de vagina.

El drenaje venoso tiene un trayecto semejante al de las arterias, su disposición es plexiforme (plexo uterino, vaginal ovárico o pampiniforme); las venas uterinas y la ovárica derecha llegan hasta el sistema de las iliacas Internas a través del ligamento cardinal; la vena ovárica izquierda desemboca en la vena renal.

---

<sup>13</sup> Ministerio de Salud, Gobierno de la Republica de Nicaragua. Fondo Social OPS/OMS. Normas de Prevención y Atención del Cáncer Cérvico-uterino. Enero 2004

La innervación esta dada por el sistema nervioso vegetativo o autónomo; a través del sistema nervioso Simpático y Parasimpático.

Drenaje linfático: los ganglios linfáticos pélvicos se encuentran distribuidas por lo general en grupos o cadenas y siguen la trayectoria de los vasos pélvicos de mayor tamaño, por lo que suelen recibir el nombre de estos últimos. En general el drenaje linfático de los 2/3 superiores de la Vagina y el Útero es principalmente hacia los ganglios obturatrices e iliacos internos y externos. La región más distal de la vagina drena junto con los linfáticos vulvares hacia los ganglios inguinales.

**2. FISIOLÓGÍA:** El moco cervical se produce por la actividad secretoria de las células de las glándulas endocervicales. En condiciones normales el moco experimenta cambios cuantitativos y cualitativos que dependen del predominio de diversas hormonas en diferentes fases del ciclo menstrual, además ocurren cambios anatómicos durante dicho ciclo. El orificio cervical externo se dilata progresivamente en la fase proliferativa del ciclo menstrual, hasta alcanzar su anchura máxima justo antes de la ovulación o al ocurrir ésta, presentándose el moco cervical claro y abundante que puede observarse por el orificio cervical externo. Después de la ovulación, el orificio regresa a su diámetro normal y el moco claro se vuelve limitado y viscoso.

**3. HISTOLOGÍA:** La porción vaginal del cérvix está cubierta de epitelio plano estratificado no queratinizante, idéntico en lo fundamental al de la vagina; cerca del orificio cervical externo, hacia adentro, el epitelio cambia repentinamente a cilíndrico simple, secretor de moco, que es propio del conducto cervical, el cual termina en el orificio cervical interno, área de transición de las glándulas endocervicales a las endometriales. A la unión del epitelio plano estratificado con el epitelio cilíndrico se le llama unión escamocilíndrica, zona escamocolumnar o, zona de transición. La zona caudal junto a la unión escamocilíndrica donde ocurre la Metaplasia se denomina **Zona de Transformación**, tiene importancia clínica porque es el lugar de asiento de las lesiones precancerosas y del carcinoma cérvicouterino.

Durante la Menarca, después-del primer parto o por influencia hormonal externa el epitelio cilíndrico se evierte hacia el exocérvix, observando un halo periorificiario de superficie irregular, roja que contrasta con la superficie lisa, de color rosa brillante uniforme del epitelio escamoso del exocérvix. Esta eversión del epitelio endocervical puede valorarse equívocamente como Erosión o Ulceración. En pacientes con antecedentes de cauterizaciones, retracciones (desgarros cervicales o aplicación de tratamientos) y alrededor de los 40 años de edad (cuando la metaplasia escamosa está finalizando) la unión escamocilíndrica es endocervical es la importancia de un muestreo adecuado de la Unión Escamocolumnar.

### **EPITELIO DEL CUELLO UTERINO**

El epitelio que reviste la vagina y porción vaginal del cuello uterino de la mujer, es un epitelio pavimentoso estratificado, llamado también epitelio escamoso. Mide aproximadamente 0,2 mm de espesor y está formado por estratos histológicamente bien diferenciables:

- Estrato basal o germinativo.

Está formado por una sola capa de células de tipo cilíndrico dispuestas en empalizada sobre la membrana basal. Las células germinativas son redondas u ovaladas, con núcleo grande, ovalado y central, que ocupa gran parte de la célula. El proceso de regeneración del epitelio se efectúa a partir de esta capa celular, el resto de los estratos representan etapas del proceso de maduración y diferenciación celular para, finalmente, descamarse en la superficie.

- Estrato parabasal o espinoso profundo.

Está compuesto de varias capas de células redondeadas o poliédricas, de núcleo central, citoplasma grueso, con puentes intercelulares.



- Estrato intermedio o espinoso superficial.

También presenta puentes intercelulares y está formado por numerosas capas de células aplanadas, con citoplasma rico en glucógeno, núcleos relativamente pequeños, centrales y vesiculosos.

- Estrato superficial.

Consta de varias capas de células aplanadas grandes, de forma poligonal, de citoplasma delgado y claro, sin puentes intercelulares y con núcleo picnótico central.

Este epitelio escamoso tiene la capacidad de exfoliar diversos tipos celulares según el grado de maduración alcanzado. Habitualmente las células que se exfolian provienen de los estratos superiores, a menos que existan úlceras o que la muestra se tome con excesiva energía.

## **RELACION ENTRE LESIÓN INTRAEPITELIAL CERVICAL Y CÁNCER CERVICOUTERINO<sup>14</sup>.**

El cáncer cervico uterino se desarrolla a partir de lesiones precursoras, llamadas Lesiones Intraepiteliales Escamosas (L.I.E.). El primer cambio y aparentemente el más precoz consiste en la aparición de células atípicas en las capas basales del epitelio estratificado. A medida que evoluciona la lesión, afecta progresivamente más capas, hasta que el epitelio sufre una sustitución completa por las células atípicas, sin diferenciación alguna hacia la superficie de la mucosa.

---

<sup>14</sup> Ministerio de Salud, Gobierno de la Republica de Nicaragua. Fondo Social OPS/OMS. Op. Cit. Pag. 11

La denominación de Lesión Intraepitelial Escamosa abarca el espectro de términos usados generalmente para los precursores del carcinoma invasivo, incluye los diferentes grados de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC.).

Las Lesiones Intraepiteliales Escamosas son de dos tipos:

- a) Lesión Intraepitelial Escamosa de bajo grado: corresponde al NIC I y/o H.P.V. – Condiloma Cervical (displasia leve).
- b) Lesión Intraepitelial Escamosa de alto grado: corresponde al NIC II (o displasia moderada) y NIC III (o displasia severa / carcinoma in situ).

## **CANCER DEL CUELLO UTERINO.**

**DEFINICIÓN<sup>15</sup>:** Se caracteriza por la multiplicación incontrolada y anárquica de las células cervicales, siendo el tipo histológico más frecuente el epidermoide en más del 90%, seguido por el Adenocarcinoma en alrededor del 8%, y el 2% restante corresponde a otros tipos histológicos. Se conocen cerca de 17 tipos histológicos, pero los más frecuentes son los antes descritos.

## **FACTORES DE RIESGO DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE CERVIX UTERINO<sup>16</sup>:**

Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar cáncer de cuello uterino. No obstante, cuando se da el caso no es posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa. Por esto, al considerar factores de riesgo, es útil enfocarse principalmente en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar y tener conductas sexuales de riesgo), en vez de enfocarse hacia los que no se puede modificar (ej. edad y antecedentes familiares). No obstante, la comprensión de los factores de riesgo que no se pueden cambiar también es

---

<sup>15</sup> Ministerio de Salud, Gobierno de la Republica de Nicaragua. Fondo Social OPS/OMS. Op. Cit. Pag. 9

<sup>16</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales. Op. Cit. Pag.14

relevante, porque puede ayudar a convencer a las mujeres que los presentan acerca de la importancia de la prueba de Papanicolaou para la detección de cáncer de cuello uterino en las primeras etapas.

Se han identificado numerosos factores de riesgo que influyen en el desarrollo del carcinoma cervical, algunos participan en forma aislada o en conjunto en la inducción de la transformación neoplásica sobre los grupos de células susceptibles, otros serían cocarcinógenos y otros más actuarían activando la multiplicación de células ya alteradas con lo que se obtendría la progresión de la enfermedad.

La zona de transformación del cuello uterino es susceptible a ciertas alteraciones genéticas que pueden ser generadas a través de la acción específica de diversos agentes, con los que se llevaría a cabo el proceso carcinogénico.

**ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE CERVIX UTERINO SE ENCUENTRAN:**

**Edad**<sup>17</sup>: La edad promedio de las mujeres que por primera vez reciben un diagnóstico de cáncer de cuello uterino ha venido variando, usualmente hace unas décadas era entre 50 y 55 años. En la actualidad el riesgo de contraer este cáncer es aún muy bajo entre las jovencitas menores de 15 años. Pero comienza aparecer en las mujeres entre los 20 y 30 años. Las lesiones precursoras se presentan a partir de la segunda década, en tanto que el cáncer infiltrante está apareciendo hacia los 40 – 45 años.

El cáncer de cuello uterino se diferencia de la mayoría de los cánceres, en que estos otros aumentan frecuencia a medida que las personas van envejeciendo. En el caso de cáncer de cuello uterino, afecta a mujeres jóvenes, sin embargo el riesgo de

---

<sup>17</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales. Op. Cit. Pag.14

contraerlo no desaparece con el envejecimiento, por lo que es importante la continua practica de la prueba de Papanicolaou.

**CONDUCTA SEXUAL<sup>18</sup>:**

Desde hace muchos años, se sabe que el cáncer de cuello de útero, así como las lesiones precancerosas que lo preceden, está asociada a las relaciones sexuales. Su aparición es excepcional en mujeres vírgenes y máxima en prostitutas. Así hoy se consideran dentro de sus principales factores de riesgo:

- El inicio de relaciones sexuales a temprana edad.
- Tener muchas parejas sexuales, o parejas sexuales promiscuas.
- Realizar el acto sexual a cualquier edad, sin protección.

Se cree que la asociación con el número de hijos esta ligada a un inicio más precoz de la vida sexual. La actividad sexual del varón también es importante como factor de riesgo. La conexión con el varón está reforzada con los estudios que reportan relación entre incidencia de cáncer cervical en mujeres casadas en segundas nupcias con varones cuyas primera esposa había muerto de esta enfermedad. En conclusión, ciertas conductas sexuales aumentan el riesgo de una mujer de contraer una infección por virus del papiloma humano, VIH, Herpes virus u otro tipo de infección de transmisión sexual, y por lo tanto a desarrollar cáncer de cuello uterino.

**AGENTES INFECCIOSOS<sup>19</sup>:**

La relación de cáncer de cuello de útero con la conducta sexual, hacer que se busque un microorganismo transmisible que sea el responsable desencadenante del proceso neoplásico.

---

<sup>18</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales. Op. Cit. Pag.15

<sup>19</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales. Op. Cit. Pag.16

**Infección por virus de papiloma humano:** su relación al cáncer de cuello uterino se manifiesta al encontrar por hibridación DNA del virus del papiloma humano (HPV) en el 85% al 100% de pacientes con displasia y cáncer.

De hecho en la actualidad se ha demostrado que el factor de riesgo más importante en asociación a desarrollo de cáncer de cuello uterino es la infección por el HPV. Este es un grupo de más de 80 tipos de virus llamados “papilomavirus” porque pueden causar verrugas, o *papilomas*. Ciertos tipos de HPV pueden infectar los órganos genitales femeninos y masculinos, así como el área del ano. Estos se transmiten de una persona a otra durante el contacto sexual.

Cuando el virus del papiloma humano infecta los órganos genitales externos y el área anal, a menudo pueden causar verrugas genitales protuberantes (condiloma acuminado), Éstas pueden ser poco visibles o extenderse varias pulgadas. La mayoría de las verrugas genitales se debe a dos tipos de virus de papiloma humano: HPV 6 y HPV 1. Sólo en raros casos se convierten éstos en cáncer de cuello uterino, por lo que se llama virus de «bajo riesgo», este grupo incluye también el 41, 42, 43 y 44. Sin embargo, otros tipos de HPV han sido asociados con el cáncer genital o anal, tanto en hombres como en mujeres. El 31, 33, 35, 39, 51 y 52 son considerados como de grado intermedio; el 16, 18, 45 y 56 como de alto grado; estos últimos tipos son los que más comúnmente se asocian a displasias y cáncer de cérvix.

Los virus del papiloma humano también pueden causar verrugas planas en el cuello uterino o la vagina que no resultan visibles y muchas veces no presentan síntomas. El HPV puede estar presente por muchos años sin causar síntomas, y su infección no siempre produce verrugas; por lo tanto, una persona puede estar infectada con HPV y transmitirlo sin saberlo. Algunos estudios recientes indican que los condones no pueden proteger completamente contra la infección con HPV, ya que este virus se puede transmitir de persona a persona a través del contacto con la piel de cualquier área del cuerpo afectada por HPV, como la piel de los genitales o el área anal no cubierta por el condón. Sin embargo, otros estudios han encontrado que las usuarias

de condones tienen menos posibilidades de contraer cáncer o cambios precancerosos de cuello uterino. Además, continúa siendo importante usar los condones para protegerse contra el sida y de otras enfermedades de transmisión sexual que se contagian a través de ciertos fluidos del cuerpo.

En la actualidad aún no existe cura para la infección con papilomavirus. No obstante, las verrugas y el crecimiento anormal de las células causados por estos virus pueden tratarse de forma eficaz. Estos tratamientos pueden destruir las verrugas planas de cérvix y vagina, y evitar que se conviertan en cáncer. La mayoría de las mujeres infectadas con el HPV no contraen cáncer del cuello uterino. En algunos casos, la infección podría incluso desaparecer sin tratamiento, ya que su sistema inmunológico ha tenido éxito en la lucha contra el virus.

**Virus del Herpes Tipo 2:** Este tuvo gran importancia en los años 70, y se le asignó un papel en la transformación maligna como consecuencia de la cifra de anticuerpos frente al virus que se encuentra en las personas con procesos neoplásicos de cervix. Estudios sero-epidemiológicos han demostrado elevación de título de anticuerpos contra el Herpes Virus hasta en el 40% de las mujeres con lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. La introducción de nuevas técnicas y la realización de estudios prospectivos han hecho que perdiera parte del interés que despertaba, persistiendo actualmente alguna duda sobre su participación por sí solo. El virus del herpes actualmente es implicado en el cáncer de cuello uterino especialmente cuando esta en combinación con el HPV, lo cual sucede en el 45% de los casos.

**Infección por HIV:** La infección por virus de inmunodeficiencia humana, causante del *síndrome de inmunodeficiencia adquirida*, daña el sistema inmunológico del cuerpo y hace que las mujeres resulten más susceptibles a infecciones con virus del papiloma humano, lo que puede aumentar el riesgo de contraer cáncer de cuello uterino. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con el virus

de inmunodeficiencia humana, un cambio precanceroso del cuello uterino puede evolucionar a un cáncer invasivo con mayor rapidez de la usual.

**Infección con Chlamydia Trachomatis:** la *chlamydia Trachomatis* es un parásito intracelular obligado que utiliza la maquinaria metabólica de la célula huésped para iniciar su ciclo de vida debido a que carece de algunos mecanismos para la reproducción de energía metabólica y no puede sintetizar ATP, por lo que termina con la muerte de dicha célula. Como tal no se considera flora normal de la porción inferior del aparato genital.

La infección por *chlamydia Trachomatis* es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentemente encontradas alrededor del mundo, la magnitud de la morbilidad asociada a esta es enorme. En el 80% de los casos su curso es asintomático.

#### **INMUNOSUPRESIÓN<sup>20</sup>:**

En pacientes con Inmunosupresión, tanto congénita como adquirida, se ha demostrado mayor incidencia de ciertos tumores como el de cervix, y lesiones precursoras. Se ha demostrado mayor riesgo de desarrollar cáncer de cervix en mujeres que han recibido transplantes de órganos o que están tomando medicamentos inmunosupresores.

**ANTICONCEPCIÓN HORMONAL:**<sup>21</sup>No existe evidencia significativa que relacione el uso de píldoras anticonceptivas con en cáncer uterino. Sin embargo, hay estudios que demuestran asociación estadística entre el uso de píldoras anticonceptivas por periodos prolongados y aumento en el riesgo de cáncer de cuello uterino. Se piensa que esto es debido a que estas mujeres son más activas sexualmente, menos proclives al uso de condones y se practican más exámenes de control para recibir la indicación de las

---

<sup>20</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales. Op. Cit. Pág.17

<sup>21</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales. Op. Cit. Pág.17

pastillas anticonceptivas. La investigación para resolver este asunto continúa, entre tanto, la Sociedad Americana del Cáncer opina que una mujer y su médico deben considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas supera este muy ligero riesgo potencial. Una mujer con múltiples parejas sexuales independientemente del tipo de contraceptivo que use, debe usar condones para reducir el riesgo de infección de transmisión sexual.

**TABAQUISMO<sup>22</sup>:**

Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afecta otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas por los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo a través de todo el cuerpo. Se han detectados subproductos de tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Estas sustancias dañan al ADN de las células del cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, provocan disminución de las células de Langerhans y son facilitadoras de la acción neoplásica de agentes virales. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de contraer cáncer del cuello uterino. El riesgo se incrementa en función de la cantidad y tiempo de duración del hábito de fumar.

**ANTECEDENTES FAMILIARES<sup>23</sup>:**

Estudios recientes indican que las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer de cuello uterino tienen mayor probabilidad de contraer la enfermedad. Algunos investigadores sospechan que esta tendencia familiar se debe a una condición hereditaria que aún no ha sido demostrada.

**FACTORES DE SERVICIO<sup>24</sup>:**

---

<sup>22</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales. Op. Cit. Pág.17

<sup>23</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales. Op. Cit. Pág.17

<sup>24</sup> Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales. Op. Cit. Pág.17



La falta de tamizaje citológico como factor de detección temprana de lesiones premalignas, es asociada al desarrollo de cáncer cervical.

### **CITOLOGÍA CERVICAL O PAPANICOLAOU<sup>25</sup>:**

Es el método de elección y la forma más sencilla para la detección oportuna del cáncer. Es un examen simple, barato e inocuo.

**Edad de inicio y frecuencia para la toma del Papanicolaou:** Todas las mujeres que son o han sido, sexualmente activas deben realizarse un prueba de Papanicolaou o mujeres de 25-65 años que no tengan un estudio citológico reciente o mujeres menores de 25 años cuya historia clínica la haga población de riesgo.

Una vez que se han realizado 3 o más exploraciones anuales satisfactorias, con resultados de Papanicolaou normales, puede reducirse la frecuencia del frotis del Papanicolaou pero es de suma importancia, el criterio médico, tomando en consideración los factores de riesgo individuales.

La repetición del examen citológico no debe hacerse antes de 3 semanas del primero y debe transcurrir por lo menos 1 semana entre el término de un tratamiento vaginal tópico y la toma de muestra para repetir el examen.

Algunos autores estiman que la eficacia del papanicolaou es de un 80% y al acompañarse de otros métodos diagnósticos es de un 98 a 100%.

### **COLPOSCOPIA:**

---

<sup>25</sup> Ministerio de Salud, Gobierno de la República de Nicaragua. Fondo Social OPS/OMS. Op. Cit. Pag. 16

Es un medio de investigación con el cual es posible reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales y anormales del exocervix, la vagina y los genitales externos. Se basa en el estudio de la zona de transformación<sup>26</sup>.

Nacida como recurso de diagnóstico temprano del carcinoma del cuello uterino, la colposcopia ha presentado en el curso de los años una caracterización más precisa de sus posibilidades diagnóstica y una ampliación de sus posibilidades de aplicación práctica, hasta convertirse en un instrumentos indispensable para el ginecólogo en el estudio de los más diversos cuadros de la patología cervical, vaginal, vulvar y en la actualidad, también peniana<sup>27</sup>.

El principal propósito de la colposcopia es localizar el origen de las células anormales detectadas por medio del frotis de papanicolaou; determinar la extensión de la lesión para la planificación del tratamiento y seleccionar los sitios para realizar las biopsias y establecer un diagnóstico histológico. La sensibilidad de la colposcopia es elevada, en cambio la especificidad es baja, es decir, que no resulta fácil decidir que lo observado mediante visión colposcópica es un NIC I, II, ó III.<sup>28</sup>

### **Ficha colposcópica:**

Esta sirve para registrar los hallazgos encontrados y para estudiarlos en relación con: los datos anamnesicos (evaluación de la epidemiología clínica); examen histológico y citológico; evaluaciones bacteriológicas y virales; para comunicar al médico el resultado del examen y para dar información por escrito a la paciente.

---

<sup>26</sup> González Merlo J. Ginecología 7ma edición reimpresión, Barcelona España, Masson 2000. pag 352-371.

<sup>27</sup> Ministerio de Salud, Gobierno de la Republica de Nicaragua. Fondo Social OPS/OMS. Op. Cit. Pag. 23

<sup>28</sup> C Mosetti y G de Palo, La colposcopia ayer y hoy, 2 edición Panamericana, Buenos Aires 1996.

## **BIOPSIA<sup>29</sup>:**

Constituye sin duda el método más exacto y seguro para establecer el diagnóstico de la neoplasia intraepitelial cervical, es incorrecto iniciar un tratamiento sin concluir previamente con un diagnóstico histológico de muestras tisulares obtenidas a través de biopsias dirigidas bajo de visión colposcópica.

Dado que la neoplasia intraepitelial es una lesión superficial el objetivo de la biopsia es remover un fragmento de tejido superficial con la inclusión del epitelio y cierta cantidad de estroma subyacente.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

---

<sup>29</sup> González Merlo J. Ginecología 7ma edición reimpresión, Barcelona España, Masson 2000. pag

- **TIPO DE ESTUDIO.**

Analítico de casos y controles no pareado.

- **DEFINICIÓN DE CASO Y CONTROL.**

**Caso:** Paciente con diagnóstico de lesión premaligna o maligna de cuello uterino. Según estudios citológicos y colposcópico con edades comprendidas entre los 35 y 49 años de edad del departamento de Chinandega. Estas pacientes serán identificadas a partir del libro de registro de Colposcopia de donde se anotara el número de expediente clínico que luego será buscado para conocer el resultado de la biopsia y se tomaran aquellas que tengan reporte de lesiones intraepiteliales (NIC 1, NIC 2, NIC 3) o cáncer de cuello de útero. Se estudiaron un total de 120 casos, iniciando del último que se registro después de aprobado nuestro protocolo que tuviera reporte histológico.

Estos 120 casos fueron el total de casos que cumplían con nuestra definición desde que se inicio a realizar Colposcopia en el año 2002 hasta la fecha.

**Control:** Pacientes a las cuales se les haya realizado un examen de Papanicolaou el cual haya sido negativo para lesión pre-maligna o maligna de cervix uterino con edades comprendidas entre los 35 y 49 años. Con la finalidad de asegurar que los controles sean lo más representativo posible de las mujeres que no tienen lesión pre-maligna ni maligna de cuello uterino, las pacientes fueron tomadas de diferentes unidades de atención primaria en salud del Departamento de Chinandega.

- **ÁREA DE ESTUDIO.**

El estudio se realizó en el Hospital Mauricio Abdalah el cual está ubicado en Dirección: Costado Sur de la Policía Nacional de la ciudad de Chinandega, Fundado: 1870: Clasificación y perfil: Materno Infantil. El área de influencia del hospital: 4.926 Km<sup>2</sup> clasificado como Hospital "B" atendiendo una población de 285.724 habitantes según INEC procedentes de 13 municipios y 96 unidades de salud de acuerdo a perfil.

- **PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Para la recolección de la información de nuestros casos se visitó primeramente la sala de Colposcopia en donde se revisó el cuaderno de registro de pacientes a las cuales se le había realizado Colposcopia para tomar el listado de los números de expedientes, luego dicho listado de expedientes fue llevado al departamento de estadística del Hospital Mauricio Abdalah de Chinandega, previa aprobación por la dirección de dicho hospital, y se solicitaron para la revisión de los mismos llenándose un formulario diseñado que contenía las variables objeto del estudio (ver ficha de recolección de datos, anexo N° 1).

Para la recolección de la información de nuestros controles se visitó diferentes unidades de atención primaria en salud del departamento de Chinandega donde se abordaron a las pacientes que cumplieron con nuestra definición de control en el área de atención integral a la mujer, previo aprobación por la dirección de las unidades de salud.

- **PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.**

Para el procesamiento y análisis de los datos, estos fueron introducidos en una base de datos y posteriormente analizados en el paquete estadístico SPSS versión 10.0.

Los resultados se presentan en tablas y/o gráficos. Para la determinación de la asociación con los factores en estudio se hace uso de ODD RATIOS y su intervalo de confianza al 95%.

- **ASPECTOS ÉTICOS.**

La información obtenida de los expedientes será utilizada únicamente con fines de estudio, no siendo divulgada la identidad de las pacientes.

Para el llenado de la ficha de recolección de datos de nuestros controles se solicito el consentimiento informado a dichas pacientes.

- **OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.**

**Ivsa temprana** primer coito a edad muy temprana (antes de los 18 años)

**Promiscuidad** tener 2 o más parejas sexuales o parejas sexuales promiscuas.

**Relaciones sexuales sin protección.** No utilizar condón en las relaciones sexuales.

**Multiparidad** mujer con 2 partos o más.

**Infección por virus del papiloma humano:** pacientes con diagnostico de infección por virus de papiloma humano por citología y/o Colposcopia.

**Infección por virus del herpes tipo 2.** Pacientes antecedentes de diagnostico de infección por virus de herpes tipo 2.

**Infección por chlamydia trachomatis.** Pacientes con antecedentes de diagnostico de infección por chlamydia trachomatis.

**Antecedentes de infección de transmisión sexual.** Pacientes con antecedentes de diagnostico de enfermedades de transmisión sexual

**Anticoncepción hormonal.** Paciente con uso de 3 años o más de anticonceptivos orales

**Tabaquismo:** hábito de una persona de consumir más de 10 cigarrillos por día.

**Antecedentes familiares.** Pacientes con historia familiar de cáncer de cuello uterino, madres o hermanas.

**Realización de pap's según normas:** si la paciente cumple con las normas de realización de pap's según siguientes criterios:

Factores de Riesgo de Lesiones Pre ~ Malignas y Malignas de Cervix Uterino, Chinandega.

- Todas las mujeres que son o han sido, sexualmente activas deben realizarse una prueba de Papanicolaou o mujeres de 25-65 años que no tengan un estudio citológico reciente o mujeres menores de 25 años cuya historia clínica la haga población de riesgo.
- Una vez que se han realizado 3 o mas exploraciones anuales satisfactorias, con resultados de Papanicolaou normales, puede reducirse la frecuencia del frotis del Papanicolaou pero es de suma importancia, el criterio medico, tomando en consideración los factores de riesgo individuales.
- La repetición del examen citológico no debe hacerse antes de 3 semanas del primero y debe transcurrir por lo menos 1 semana entre el término de un tratamiento vaginal tópico y la toma de muestra para repetir el examen.

## RESULTADOS

### I. Características Sociodemográficas

Existe predominio de procedencia urbana en casos y de rural en los controles. Tanto en casos como en controles la mayoría son de escolaridad analfabeta y alfabetizado.

Tabla 1.

Características Sociodemográficas de la muestra de estudio.

Variable	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
<b>Procedencia</b>				
Urbana	70	58.3	41	34.2
Rural	50	41.7	79	65.8
<b>Escolaridad</b>				
Analfabeta	24	20.0	31	25.8
Alfabetizado	45	37.5	42	35.0
Primaria	37	30.8	32	26.7
Secundaria	12	10.0	3	2.5
Superior	2	1.7	12	10.0
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>



**II. Distribución de pacientes según si presentaban o no determinadas condiciones sospechosas de ser factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino en los casos y controles. Chinandega 2002 ~ 2007.**

El factor de riesgo que presentó mayor fuerza de asociación con las lesiones Pre ~ malignas y malignas de cuello de útero fue la infección por Virus de Papiloma Humano.

**Tabla 2.**

Factor de riesgo	Casos (n=120)	Control (n=120)	OR	IC 95%
IVSA temprana				
Si	87	74		
No	33	46	1.639	0.951 ~ 2.824
Promiscuidad				
Si	83	58		
No	37	62	2.398	1.415 ~ 4.064
Relaciones sexuales sin protección				
Si	112	69		
No	8	51	10.348	4.634 ~ 23.108
Multiparidad				
Si	94	66		
No	26	54	2.958	1.683 ~ 5.199
Infección por Virus de Papiloma Humano				
Si	61	3		
No	59	117	40.322	12.138 ~ 133.952
Infección por Virus del Herpes tipo 2				
Si	15	6		
No	105	114	2.714	1.015 ~ 7.255
Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual				
Si	37	36		
No	83	84	1.040	0.600 ~ 1.803
Anticoncepción Hormonal				
Si	74	88		
No	46	32	0.585	0.339 ~ 1.011
Tabaquismo				
Si	31	7		
No	89	113	5.623	2.365 ~ 13.367
Antecedentes Familiares				
Si	7	9		
No	113	111	0.764	0.275 ~ 2.123
No Realización de Papanicolaou según normas				
Si	115	46		
No	5	74	37	14.053 ~ 97.414

## **DISCUSION DE RESULTADOS**

En nuestro trabajo de investigación que nuestros casos provienen en su mayoría de origen urbano, con un 58.30% (ver tabla 1) posiblemente por un acceso más fácil al segundo nivel de atención de esta población con respecto al rural cuando se le es diagnosticada y referida para un mejor manejo de dicha patología.

Es importante señalar que tanto en los casos como en nuestros controles son en su mayoría analfabetas o alfabetizados lo que determina un nivel de baja escolaridad y posiblemente poco conocimiento de esta enfermedad en nuestra población (ver tabla 1).

Encontramos que en la mayoría de los factores de riesgo de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino estudiados mostraron relación y significancia estadísticas, 8 de 11 factores, (ver tabla 2).

De estos factores la infección por Virus de Papiloma Humano fue la que mostró mayor valor de asociación, OR 40.322, lo cual ratifica a este factor como uno de los mas importantes en la aparición de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino ya que según literatura se ha encontrado entre el 85 a 100% de pacientes con displasia y cáncer cérvicouterino.

La no realización de Papanicolaou según normas fue el segundo factor de riesgo más importante en nuestro estudio, OR 37, lo que se relaciona con la baja cobertura y calidad de el programa de detección de oportuna de cáncer de cuello uterino del Ministerio de Salud.

Encontramos que las relaciones sexuales sin protección también constituye un factor de riesgo muy importante, OR 10.348, cabe destacar como conducta sexual de riesgo es importante debido al mayor riesgo de que una mujer contraiga una infección de Virus del Papiloma Humano y otras Infecciones de transmisión sexual, lo que se relaciona con los resultados de nuestro trabajo al encontrar como principal factor de riesgo la infección por Virus del Papiloma Humano.

Encontramos al tabaquismo como factor de riesgo para lesiones premalignas y malignas de cuello uterino importante en nuestro medio, OR 5.623, ya que como se describe en la literatura las fumadoras tienen de dos a tres veces más probabilidades de contraer dichas lesiones, en nuestro estudio dicha asociación es mayor.

También logramos comprobar como factores de riesgo con significancia estadística en nuestro estudio la multiparidad, OR 2.958, ya que en nuestro medio existe una alta tasa de natalidad; Antecedentes de Infección por Virus de Herpes tipo 2, OR 2.714, el cual está actualmente implicado en el cáncer cérvicouterino especialmente cuando está en combinación con el Virus del Papiloma Humano; y la Promiscuidad, OR 2.398, esta como conducta sexual de riesgo junto con la multiparidad y las relaciones sexuales sin protección.

Logramos demostrar asociación a los factores de: inicio de vida sexual activa temprana, OR 1.639, aunque sin significancia estadística, y también al factor antecedentes de infecciones de transmisión sexual, OR 1.040, que tampoco mostró significancia estadística en nuestro estudio.

No encontramos asociación del factor anticoncepción hormonal con las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino por ser este el método de anticoncepción más usado en nuestra sociedad. Tampoco encontramos asociación de las lesiones premalignas y malignas con los antecedentes familiares.

## **CONCLUSIONES**

- En nuestro estudio se encontraron como factores de riesgo para de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino de los factores: La infección por virus de papiloma humano, no realización de Papanicolaou según normas, las relaciones sexuales sin protección, tabaquismo, multiparidad, infección por virus del herpes tipo 2, y promiscuidad.
- El factor de riesgo de mayor fuerza de asociación encontrado en nuestro estudio fue la Infección por virus de Papiloma Humano.
- El mayor numero de casos de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino son de procedencia urbana y de bajo nivel de escolaridad.

## **RECOMENDACIONES**

- ☞ Dar seguimiento adecuado a las paciente que presenten factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino especialmente aquellas con diagnostico de Infección por Virus de Papiloma Humano.
- ☞ Divulgar mediante campañas de salud la existencia del Virus de Papiloma Humano como agente causal de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino y de la transmisión del mismo por relaciones sexuales inseguras.
- ☞ Promover la importancia de prácticas sexuales seguras a la población en general.
- ☞ Concientizar a la población, sobre todo a fumadoras, a través de campañas de salud por parte del Ministerio de Salud de los daños que provoca el habito de fumado y de este como factor de riesgo para lesiones premalignas y malignas de cuello uterino.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ~ León, Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales". Diagnostico y Manejo de Lesiones Pre-malignas de Cérnix. Curso precongreso 16 y 17 de Junio 2003.
2. Brenda Patricia Delgadillo Vivas, MD. Cáncer Cérvicouterino en Departamento de León durante el periodo 1999 ~ 2002.
3. Organización Mundial de las Salud. Programa de detección del cáncer Cérvicouterino. 1993.
4. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. No. 6. 1990.
5. Ana María Villanueva. Correlación Clínico~cito~patológico del cáncer cérvicouterino. Estudio monográfico, 1992.
6. John A. Rock / John D. Thompson. Te Linde. Ginecología Quirúrgica. 8va. Edición. Editorial Médica Panamericana. 1,998.
7. Dísaia, P. Creasman. W, Oncología Ginecológica Clínica. Mosby / Doyma Libros. 1,994.
8. Normas de Prevención y Atención del Cáncer Cérvico-uterino. Ministerio de Salud, Gobierno de la Republica de Nicaragua. Fondo Social OPS/OMS. Enero 2004.
9. Jones, Howard's W. Tratado Ginecología de Novak, 11 va. ED. Interamericana, S. A. de C. V. 1991.

10. Disaia, P. Creasman. W, Oncología Ginecológica Clínica. Mosby / Doyma Libros.1,998.
11. Novak E, Woodruff D. Ginecología y Obstetricia. La Habana: Instituto del Libro; 1970.
12. Leeson TS, Leeson CR. Epitelios Estratificados. Histología. R. La Habana: Instituto del Libro;1970.
13. González Merlo J: Oncología Ginecológica. Barcelona: Salvat; 1991.
14. Kohen BA . Metodología diagnóstica en la patología del tracto genital inferior. Disponible en: <http://drmarin.galeon.com/metodourologia.htm> Acceso: 5 abril 2005
15. Restrepo HE Epidemiología y control del cáncer de cuello uterino en América Latina y el Caribe. Bol Oficina Sanit Panam 1987; 102 (6): 578.
16. Cáp.: 2 Introducción a la neoplasia intraepitelial cervical. Disponible en: <http://www.iarc.fr/> Acceso: 5 febrero 2005
17. Robbins SL, Cotran RS. Patología estructural y funcional. La Habana: Salvat

# Anexos

## **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Factores de riesgo asociados a lesiones pre ~ malignas y malignas de cervix uterino detectados en las pacientes atendidas en el Hospital Mauricio Abdalah de Chinandega.



Tipo: (    )        1) Caso        2) Control

## I. DATOS PERSONALES

1. Edad: \_\_\_\_\_ (años cumplidos)
2. Procedencia: (    )    1. Urbano    2. Rural
3. Escolaridad: (    ) 1. Analfabeta 2. Alfabetizado 3. Primaria 4. Secundaria  
5. Superior

## II. FACTORES DE RIESGO

**IVSA Temprana** (    ) 1.Si 2.No. 3.No dato  
Edad de IVSA \_\_\_\_\_

**Promiscuidad** (    ) 1.Si 2.No. 3.No dato  
No de compañeros sexuales \_\_\_\_\_

**Usa preservativos** (    ) 1.Si 2.No. 3.No dato

**Multiparidad** (    ) 1.Si 2.No. 3.No dato  
Gestas: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_

**Infección Por Virus Del Papiloma Humano** (    ) 1.Si 2.No. 3.No dato

**Infección Por Virus Del Herpes Tipo 2** (    ) 1.Si 2.No. 3.No dato

**Antecedentes De Enfermedades De Transmisión Sexual** (    ) 1.Si 2.No. 3.No dato

**Anticoncepción Hormonal** (    ) 1.Si 2.No. 3.No dato  
Cuantos años de uso de Píldora anticonceptiva

**Tabaquismo**

(    ) 1.Si 2.No. 3.No dato

No. De cigarrillos fumados por día.

Cuantos años \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares**

(    ) 1.Si 2.No. 3.No dato

Madre (    ) o hermanas (    )

**Realización de Pap's según normas**

(    ) 1.Si 2.No. 3.No dato

Primer Pap's \_\_\_\_\_ -

Intervalo de Pap's \_\_\_\_\_ -