

Medicentro 1998, Supl 1

**POLICLÍNICO DOCENTE "CHIQUI GÓMEZ LUBIÁN"
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON CITODIAGNÓSTICO ALTERADO.
CARACTERIZACIÓN ESTADÍSTICA**

Por:

Dr.Sc. Juan B León Villa¹, Dra. Vivian Díaz Ibarlocea², Dr. Rafael Rodríguez Treto³ y Lic. Juana C Chacón Moya⁴

1. Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Titular. ISCM.VC.
2. Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia.
3. Especialista en I Grado en Ginecoobstetricia. Instructor. ISCM-VC.
4. Residente de 2do. Año en Ginecoobstetricia.

Resumen

Se estudiaron 1358 pacientes entre los años 1990-1996, atendidas en la consulta de Patología de cuello por presentar citodiagnóstico alterado, con el objetivo de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer cervicouterino. Se realizó un estudio comparativo entre las mujeres que recibieron conización cervical y las que no fueron operadas. Se consideró la edad de las primeras relaciones sexuales, número de matrimonios, abortos, partos y hábito de fumar. Se encontró que la edad temprana en las primeras relaciones sexuales representó un alto riesgo, al mostrar diferencias muy altamente significativas entre los grupos. Resaltan los resultados en los antecedentes obstétricos y hábito de fumar, no así en cuanto al número de matrimonios.

Descriptor DeCS:

- NEOPLASMAS DEL CUELLO UTERINO/diagnóstico
- FACTORES DE RIESGO
- CUELLO UTERINO/citología

Summary

One thousand three hundred and fifty-eight patients assisted in the office of cervix pathology for their upset cytodiagnoses were studied during 1990-1996 to contribute to cervicouterine cancer mortality and morbidity reduction. A comparative study was made between women who were treated with cervical conization and those who were not surgically treated. The age at first sexual intercourse, marriage number, abortions, labors and smoking were considered. It was found that early sexual intercourse was a high risk factor because of the highly significant differences found among groups. Obstetric background and smoking were important factors that was not the same with number of marriages.

Subject headings:

- CERVIX NEOPLASMS/diagnosis
- RISK FACTORS
- CERVIX UTERI/citology

Introducción

Los estudios epidemiológicos han podido proporcionar factores considerados como compatibles, con una mayor frecuencia del cáncer cervical¹.

El enfoque primordial de prevención y promoción de la salud permite valorar como de alto riesgo algunos indicadores, en la adquisición de esta categoría de enfermedad.

Se calcula que dos de cada cien mujeres tienen carcinoma a los 40 años o pueden presentarlo antes de los 80 años de edad².

La realidad positiva y probable es concluyente para factores predisponentes, señalados por la clínica y recogidos por los estadistas.

Con esta investigación nos proponemos evidenciar la validez de los factores de riesgo en el pesquiasaje temprano del cáncer ginecológico, así como precisar la caracterización estadística de los factores de riesgo que inciden en los grupos estudiados.

Material y Método

Enfocamos un estudio descriptivo-analítico de algunos factores de riesgo en pacientes atendidas por primera vez y con prueba citológica alterada, en consulta de Patología de Cuello radicada en el Policlínico Docente "Chiqui Gómez Lubián" de la ciudad de Santa Clara, Villa Clara, en el período de 1990-1996. Trabajamos con tres grupos de mujeres:

- Grupo A: Total de mujeres atendidas (1 358)
- Grupo B: Total de mujeres que no recibieron conización cervical (1 175)
- Grupo C: Total de mujeres que recibieron conización cervical (183) por su evolución colpocitohistológica.

Se utilizaron los siguientes estadígrafos para la caracterización estadística:

- Media aritmética (X)
- Desviación estándar (S)
- Error estándar de la media (Sx)
- Coeficiente de variación (CV) en por cientos.
- Pruebas de hipótesis para comparar dos por cientos y para comparar dos medias (prueba t de Student).
- Prueba de independencia con la distribución de Ji cuadrado.
- Se utilizaron niveles significativos de 0,05, 0,01 y 0,001 de probabilidad de cometer error tipo I, y que llamaremos significativo, altamente significativo y muy altamente significativo.

Resultados

En la tabla 1 aparece la distribución por grupos de edades.

Al comparar el promedio de edad del grupo B con el C no se hallaron diferencias significativas, $T_c=1,394$ ($p>0,05$).

Por el CV puede observarse que la variabilidad de las observaciones alrededor de la media fue similar en los tres grupos.

Tabla 1: Distribución por edades.

Años	Grupo A		Grupo B		Grupo C	
	No.	%	No.	%	No.	%
20	380	3,0	36	3,0	2	1,0
20-24	269	20,0	250	21,0	19	10,0
25-29	340	25,0	288	25,0	52	28,0
30-34	211	16,0	168	14,0	43	23,0
35-39	185	14,0	159	13,0	28	15,0
40-44	134	10,0	116	10,0	18	10,0
44	181	13,0	160	14,0	21	11,0
TOTAL	1358	100,0	1175	100,0	183	100,0
X (Años) 32,29 32,14 33,07 S (") 9,19 9,34 8,14 SX(") 0,25 0,27 0,60 CV 28,49 % 29,63 % 24,63 % Tc = 1,394 (p > 0,05)						

Al considerar la edad en las primeras relaciones sexuales (tabla 2) se encontraron cifras altamente significativas.

Tabla 2 Edad de las primeras relaciones sexuales.

Edad	Grupo A		Grupo B		Grupo C	
	No.	%	No.	%	No.	%
20	937	69,0	797	67,8	140	76,5
20-24	339	25,0	298	25,4	41	22,4
25-29	72	5,3	70	5,9	2	1,1
30-34	8	0,6	8	0,7	0	0,0
35-39	2	0,1	2	0,2	0	0,0
TOTAL	1358	100,0	1175	100,0	183	100,0
X (años) 18,90 19,00 18,23 S (") 3,14 3,24 2,28 Sx (") 0,09 0,09 0,17 CV 16,63 % 17,07 12,52 % Tc = 3,984 (p < 0,011)						

Entre los promedios de edad en las pacientes no operadas (grupo B) y las operadas (grupo C) se presentaron diferencias altamente significativas ($p<0,001$); el grupo C

tuvo un promedio de edad menor que el grupo B (no operadas), y estos resultados pueden reflejar cómo la actividad sexual en edad temprana ha podido primar como factor de riesgo en la aparición de enfermedad premaligna o maligna del cervix uterino³.

Cuando analizamos el número de matrimonios, tenemos que considerar la edad de las mujeres, el ambiente moral y comportamiento social como consecuencias de la posible liberalidad.

Al aplicar la prueba de independencia con la distribución de Ji cuadrado, ésta arrojó un valor no significativo ($X^2=0,168$ ($p>0,05$)), por lo que tanto en el grupo B como en el C resultaron ser independientes el número de matrimonios de cada paciente. Estos resultados podrían cuestionarse producto de los conocimientos actuales sobre el significado de la multiplicidad de parejas sexuales y, en especial, del hombre riesgo⁴.

En los antecedentes obstétricos de la casuística estudiada hemos considerado los riesgos, y en especial, las posibles consecuencias del aborto⁵ (tabla 3).

Tabla 3 Antecedentes obstétricos: abortos.

Números de abortos	Grupo A		Grupo B		Grupo C	
	No.	%	No	%	No	%
Ninguno	416	35,0	435	37,0	41	22,4
1	429	31,6	355	30,2	14	40,4
2	261	19,2	255	19,2	36	19,7
3	123	9,1	105	8,9	18	9,8
+ 3	60	5,1	35	4,7	14	7,7
TOTAL	1 358	100,0	1175	100,0	183	100,0
Tc 0 3,850 (p < 0,001)						

En la variable "ningún antecedente de abortos", correspondió el menor porcentaje al grupo C con el 22,4 %, fue de 37% en el grupo B y, por tanto, ha existido diferencia muy altamente significativa, $tc=3,850$ ($p<0,001$); sin embargo, en el resto de las categorías de antecedentes obstétricos, las operadas (grupo C), fueron las que mayor por ciento presentaron, por lo que podemos considerar que este grupo ha sido más afectado por los antecedentes de abortos.

Con relación al número de partos como antecedente obstétrico (tabla 4), es bien conocida la importancia de los traumatismos y lesiones del cuello de útero por los partos, que permiten cambios epiteliales con las posibles consecuencias locales.

Tabla 4 Antecedentes obstétricos: número de partos.

Número de partos	Grupo A		Grupo B		Grupo C	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nulípara	259	19,1	235	20,0	24	13,1
1	505	37,2	435	37,0	70	38,3
2	366	27,0	307	26,2	59	32,2
3	139	10,2	119	10,1	20	10,9
+ 3	89	6,5	79	6,7	10	5,5
TOTAL	1358	100,0	1175	100,0	183	100,0
Tc = 2,213 (p < 0,05)						

La nuliparidad se ha observado con más frecuencia en el grupo B (20 %) que en el C (13,1 %), por lo que existe diferencia significativa entre ambos ($t_c=2,213$ ($p<0,05$); la frecuencia de más de un parto se observó en las operadas y, por tanto, llama la atención, tal como lo informan otros autores⁶.

El hábito de fumar (tabla 5), motivo de investigación muy convincente, ha podido ser un factor determinante de alto riesgo en la posible adquisición de un cáncer cervical.

Entre el hábito de fumar y haber sido operada (grupo C) o no operada (grupo B) existió una diferencia altamente significativa ($X^2=7,239$ ($p < 0,01$), pues aparecieron más fumadoras en el grupo C (41,5 %) que en el B (31,5 %).

Tabla 5 Hábito de fumar

Hábito de fumar	Grupo A		Grupo B		Grupo C	
	No.	%	No.	%	No.	%
No	912	67,2	805	68,5	107	58,5
Sí	446	32,8	370	31,5	76	41,5
TOTAL	1358	100,0	1175	100,0	183	100,0
$X^2 = 7,239$ (p < 0,01)						

Quizás los factores de riesgo y sus variables, que hemos estudiado, no puedan cuantificar la totalidad de los posibles señalamientos epidemiológicos y, por lo tanto, pueden ser susceptibles de ser evaluados en más detallados trabajos ulteriores.

Referencias bibliográficas

1. Miller AB Programa de detección del cáncer cervicouterino : directrices de gestión. Ginebra : OMS; 1993.
2. Ferris M. Epidemiology of cancer of the cervix : New concepts in gynecological oncology. Guayaquil. Ecuador. Ed. Davis. 1996.

3. Cabezas E. Experiencia global con programas de tamisaje en lesiones premalignas del cervix. Cuba. Rev Cubana Obstet Ginecol 1989;15(3):177-184.
4. Clay FH. Tratamiento del carcinoma cervico-uterino no invasor. Surg Clin North Am 1978;58:88-103.
5. Cutlé León E. Epidemiología del aborto en el Hospital "Eusebio Hernández". Rev Cubana Obstet Ginecol 1979;5:207-217.
6. Rodríguez Bernard M: Epidemiología del cáncer ginecológico : factores de riesgo. Rev Cubana Obstet Ginecol 1984;10:163-178.