

## Trabajo Original

Universidad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello. Holguín

### **Comportamiento de las citologías orgánicas positivas en pacientes de la Policlínica Manuel Díaz Legrá**

#### **Positive Organic Cytologies Behavior in Patients from Manuel Díaz Legrá Polyclinic**

*Esther Viada Pupo*<sup>1</sup>

- 1 Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructora. Policlínica Manuel Díaz Legrá

#### **RESUMEN**

Se realizó durante el año 2007, un estudio de serie de casos (mujeres) pertenecientes a la Policlínica Manuel Díaz Legrá, a las que se les practicó la prueba citológica y sus resultados fueron positivas (neoplasia intraepitelial cervical y carcinoma in situ). El objetivo de este trabajo fue evaluar el comportamiento de esta enfermedad y su asociación con variables de interés. La información se obtuvo de la tarjeta de citodiagnóstico e historia clínica individual. Se realizó una entrevista a cada paciente. Se concluyó que el grupo de edades de 25 a 29 años fue el más afectado, el diagnóstico de NIC II el más representativo y en su mayoría los pacientes habían iniciado sus relaciones sexuales antes de los 15 años.

*Palabras clave:* neoplasia intraepitelial cervical (NIC), carcinoma in situ

#### **ABSTRACT**

A series of cases study in women from Manuel Díaz Legrá polyclinic in 2007 was carried out. A cytological test was done whose results were positive (cervical intraepithelial neoplasia and carcinoma in situ). The aim of the study was to assess the disease behavior. The information was obtained through the

cytodiagnostic card and a survey was applied. The age group between 25 - 29 years old was the most affected one with a high incidence of NIC II diagnosis. These women began the sexual intercourse before 15 years of age.

*Key words:* cervical intraepithelial neoplasia (CIN), carcinoma in situ.

## **INTRODUCCIÓN**

La atención y cuidado de la mujer a lo largo del ciclo vital es una de las recomendaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud, y uno de los temas más debatidos en la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en Nueva York sobre la mujer, en el año 2000, donde se propone que los países adopten medidas para garantizar servicios integrales de salud de máxima calidad durante el ciclo vital de la mujer. <sup>(1)</sup>

De las enfermedades que padece la mujer, los tumores malignos ocupan la tercera causa de muerte, y de ellas, el cáncer de mama el primer lugar, el del colon el segundo, el del pulmón el tercero y el cérvicouterino el cuarto. <sup>(2)</sup>

La tendencia creciente en la incidencia y mortalidad por este tipo de cáncer, obliga a abordar todo los aspectos relativos a este grave problema de salud que a pesar de los grandes avances tecnológicos y terapéuticos continúa siendo un reto para la salud pública.

La causa de la aparición del cáncer de cuello uterino ha sido objeto de estudio por más de 150 años, afecta a cualquier mujer y está demostrada su estrecha relación con el virus del papiloma humano. <sup>(3)</sup>

Ya que generalmente no hay síntomas específicos asociados al cáncer cérvicouterino, resultan necesarios estrategias y programas para su control. En nuestro país desde 1968 se implantó el programa nacional de detección precoz del cáncer cérvicouterino <sup>(4)</sup>.

Se ha logrado una disminución de muertes por esta causa, que ha convertido al país en el de menor tasa de muertes por tumores malignos del cuello uterino en América Latina y el tercero en el continente Americano, antecedida solo por Estados Unidos y Canadá. <sup>(5)</sup>

La autora de este trabajo definió como problema científico: ¿Cuál será el comportamiento de las citologías positivas en el área de salud Manuel Díaz Legra, en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2007? Por tanto, evaluar el comportamiento de las citologías orgánicas positivas en esta área

de salud fue el objetivo principal.

La idea científica que guió el trabajo fue defender, identificar y conocer los principales factores de riesgo asociados a estas enfermedades, su frecuencia, así como, las acciones de salud encaminadas a su prevención y que una vez establecidas tengan un mejor pronóstico de vida con una detección precoz y brindar así una mejor calidad de vida a las pacientes.

Por constituir en la actualidad un problema de salud que afecta a la comunidad, sobre todo a las mujeres, por el desequilibrio psicológico y social que esto representa para la enferma y sus familiares, se decidió realizar el presente trabajo.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo y de serie de casos sobre el comportamiento de las citologías orgánicas positivas (neoplasias intraepiteliales cervicales I, II, III y carcinoma in situ) en el período comprendido de enero a diciembre 2007 de la Policlínica Manuel Díaz Legra. El universo de trabajo estuvo constituido por las 1 252 pacientes que se realizaron la citología orgánica en el período de tiempo estudiado y la muestra la constituyeron las 60 pacientes que presentaron citologías positivas.

Criterios de inclusión: todas las pacientes con citologías orgánicas positivas aunque se la hubiesen realizado, no, de acuerdo al programa sino por indicación médica.

Criterios de exclusión: las pacientes con citologías orgánicas negativas en el período de estudio aunque se la hubiesen realizado, no de acuerdo al programa sino por indicación médica.

Los principales datos estadísticos se obtuvieron mediante la revisión de las tarjetas de citología de las pacientes (modelo 68-04), historias clínicas individuales y de entrevistas a las pacientes, previo consentimiento informado.

VARIABLES A UTILIZAR:

Etapa de diagnóstico, en NIC I, NIC II, NIC III y carcinoma in situ.

Edad: se estudió por los subgrupos establecidos en el programa nacional, a intervalos de cinco años.

Edad de la primera relación sexual: se recogió los siguientes rangos:

- Antes de 15 años

- De 15 a 20 años
- De 21 y más años

Los datos obtenidos se procesaron mediante métodos estadísticos simples con ayuda de una calculadora manual y medios computarizados. Se aplicaron técnicas de estadísticas descriptivas, distribución porcentual y número absoluto. Para la representación de los datos se diseñaron tablas de distribución de frecuencia simple y asociación.

Métodos de recolección de la información:

- Procedimiento manual para la recopilación de los datos obtenidos de las entrevistas y la revisión del diseño curricular.
- Realización de búsquedas informáticas sobre cáncer cérvicouterino.
- Revisión de la bibliografía gráfica con que se cuenta sobre este tema.

Se empleó una computadora Pentium con ambiente Windows Milenium. Procesando los textos con Microsoft Word.

## RESULTADOS

Al realizar el análisis sobre la distribución de los casos con citología orgánica positiva, según clasificación por etapa de diagnóstico, se encontró que el NIC II ocupó el primer lugar con 28 pacientes que representó el 46,66%; con la diferencia de sólo dos casos le sigue el NIC I y el diagnóstico en etapas más avanzadas de NIC III con 26 y 4 casos para un 43,33% y 6,66%, respectivamente.

TABLA I: Distribución de los casos con citología orgánica positiva por etapa de diagnóstico. Policlínica Manuel Díaz Legra. 2007

Resultados	No. de casos	Porcentaje
NIC I	26	43,33
NIC II	28	46,66
NIC III	4	6,66
Carcinoma in situ	2	3,33
Total	60	100

Fuente: modelo 68-04

En relación con el grupo de edades de las pacientes pesquisadas (tabla II) predominaron las de 25 a 29 años que arrojaron el mayor número de casos con 13 casos para un 21,66%, de ellas 12 correspondieron a etapas precoces de detección (NIC I y II) y sólo una paciente en una etapa de NIC III; luego siguieron los grupos comprendidos entre 30 a 34 y 40 a 44 años, con igual predominio de diagnóstico en etapas precoces de detección. Se encontraron en etapas más avanzadas de NIC III, 2 pacientes (50%) con edades entre 40 y 44 y una de 25 a 29 y otra de 50 a 54 años. El carcinoma in situ se presentó en una menor de 25 años y en otra paciente entre 40 a 44 años.

TABLA II. Distribución de los pacientes con citología orgánica positiva por grupo de edades. Policlínica Manuel Díaz Legra. 2007

Grupo de Edades	NIC I		NIC II		NIC III		Carcinoma in situ		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
-25	1	3,84	–	–	–	–	1	50	2	3,33
25a 29	5	19,93	7	25	1	25	–	–	13	21,66
30a 34	6	23,07	5	17,85	–	–	–	–	11	18,33
35a 39	3	11,53	5	17,85	–	–	–	–	8	13,33
40a 44	3	11,53	5	17,85	2	50	1	50	11	18,33
45a 49	4	15,38	3	10,71	–	–	–	–	7	11,66
50a 54	1	3,84	3	10,71	1	25	–	–	5	8,33
55a 59	3	11,53	–	–	–	–	–	–	3	5
60y más	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Total	26	100	28	100	4	100	2	100	60	100

Fuente: modelo 68-04

Un factor de riesgo importante es el inicio precoz de las relaciones sexuales (tabla III). En este estudio, 41 casos (68,33%) las habían iniciado antes de los 15 años y 19 casos (31,66%) entre los 15 y 20 años, comportándose en iguales proporciones de mayoría de inicio antes de los 15 años con los estadios de NIC I, II, III, no así con el carcinoma in situ que solo se encontraron dos pacientes, con un caso en cada edad de las mencionadas.

TABLA III: Inicio de las relaciones sexuales. Policlínica Manuel Díaz Legra. 2007

Inicio de las relaciones sexuales	NIC I		NIC II		NIC III		Carcinoma In situ		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 15 años	19	73,07	18	64,28	3	75	1	50	41	68,33
15 a 20 años	7	26,92	10	35,71	1	25	1	50	19	31,66
21 años y más	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	26	100	28	100	4	100	2	100	60	100

Fuente: modelo 68-04

## DISCUSIÓN

Al encontrar como etapa de detección predominante las iniciales (NIC I y NIC II) se cumple de esta forma los objetivos de la Organización Mundial de la Salud y en especial del Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvicouterino, resultado no sólo de la pesquisa, sino de la educación sanitaria de gran parte de la población, ya sensibilizada con sus riesgos, por las perspectivas del tratamiento oportuno que brinda una mejor calidad de vida a nuestras mujeres.

Nazzari, Macareno, plantean que en los últimos 40 años gracias a los programas de prevención a nivel mundial registra un menor número de casos avanzados de la enfermedad y por ende un descenso en la mortalidad<sup>6)</sup>.

El resultado de la edad de 25 a 29 años encontrado, difiere de lo planteado por algunos autores<sup>(7,8)</sup> que consideran que la edad más frecuente en el diagnóstico de esta neoplasia es de 35 a 39 años, aunque hacen énfasis en el incremento del número de casos por debajo de los 30 años, lo que hace pensar que está aumentando en relación inversa al aumento de la edad, hecho este

que se relaciona con la mayor exposición de las mujeres jóvenes a los factores de riesgo de esta patología.

Se considera que la zona de unión del epitelio exocervical y endocervical, la más proliferativa durante la pubertad y la adolescencia, es especialmente susceptible a alteraciones, que pueden ser inducidas por el virus del papiloma humano, agente transmitido sexualmente <sup>(9)</sup>

Estos cambios son más activos precisamente en etapas tempranas de la vida, donde también la vida sexual es más activa. Al iniciar precozmente las relaciones las pacientes se ven sometidas más tempranamente al riesgo de una infección de transmisión sexual, al cambio frecuente de pareja, a la exposición al virus del papiloma humano y a la multiparidad. <sup>(9)</sup>

## **CONCLUSIONES**

Las etapas de detección predominantes fueron las iniciales (NIC I y NIC II) somos del criterio que este resultado no sólo se debe a la pesquisa, sino a la educación sanitaria de gran parte de la población, ya sensibilizada con sus riesgos y con las perspectivas del tratamiento oportuno que brinda una mejor calidad de vida a nuestras mujeres.

- El grupo de edades de 25 a 29 fue el más afectado lo que hace pensar que está aumentando en relación inversa al aumento de la edad, hecho este que se relaciona con la mayor exposición de las mujeres jóvenes a los factores de riesgo de esta enfermedad.
- El mayor número de pacientes inició las relaciones sexuales antes de los 15 años, por lo que están sometidas más tempranamente al riesgo de una infección de transmisión sexual, al cambio frecuente de pareja, a la exposición al virus del papiloma humano y a la multiparidad.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 Miller A. B. Programa de detección de Cáncer Cérvicouterino. Directrices de Gestión. Consejo Ejecutivo. EB120/35 add 1 Ginebra, O.M.S. 1/2007 <http://www.vho.int/boletin> y en [info@ippph.org](mailto:info@ippph.org) consultado febrero 2007.
- 2 Parkin D. M., Piasn P. Globocan: Cáncer Incidence Mortality and Prevalence <http://www.dep.iocfr/globocanjava.html>, consultado febrero 2007.

- 3 Leon Cruz G., Bosques Diego. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer del cuello uterino. Rev Cub Obstetric Ginecol v.31 n.1.Ciudad de la Habana enero-abril 2005.
- 4 Cabezas Cruz Evelio. Conducta frente a la neoplasia intraepitelial cervical. [http:// www.Bus.Sid.Cu/ revista/mayo](http://www.Bus.Sid.Cu/revista/mayo) 2006.
- 5 Chávez García VM. , Zonana Nacach A, Duarte M E. Autopsia verbal en cáncer cérvicouterino. Rev. Med Inst. Méx Seguro Soc; 2007; 45 (2).199-204
- 6 Nazzari N. D., Macareno Reinerio C., Abargüa A., Liendo R., Patología pre invasora del cérvix. Rev. Chilena Obste. Ginec. 2003; 68 (3).
- 7 Hoja informativa programa mujer, salud y desarrollo. Organización Internacional de Salud. Mayo 2006.
- 8 Alonso Méndez B, Vega Castillo M. Detección Precoz del cáncer cérvicouterino. Rev Cub Med Gen Integr 1994; 10 (3): 265-72.
- 9 Hausen Harald. Conexión entre el papiloma humano y el cáncer cervical. Premio Nobel medicina 2008. 45. Hoja informativa programa mujer, salud y desarrollo. Organización Internacional de Salud. Mayo 2006.
- 10 Castro Vázquez M., Arellano Gálvez M. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. Rev. Salud Pública de México 2010, 52 (3):207-12.
- 11 Ortiz. M. Torres, M. García. Determinación del VPH, aspectos técnicos, micrografía de los gérmenes especiales. A Epidemiología 2006.
- 12 Muñoz. N. Castel sogle X Berrinton. A. Et al el VPH en la citología del cáncer humano 2006 24(3) 62-75.
- 13 .Grase Prado Terrera. Casos funcionales uterinos atípicos y lesiones premalignas no escamosas. Gynecologic virus. 2006. 66(2) 16-19.
- 14 Eifel bessek. Js. Mark. Man. Matreatment of locally. Recurrent Carcinoma of the cervix. 2006.
- 15 B. W. Dugas Percepción de la Salud Cap. 3 En: Tratado de Enfermería Práctica. 4ta Edición. Editorial C. Médicas 2006.
- 16 Menéndez Dávila, M, Sexo sentido, pareja discordante. Juventud

Rebelde, Enero 2006.

- 17 Cabrera Fernández M, Preval Pérez M, Tamayo Barthelemy R. Caracterización de un grupo de pacientes con cáncer cérvico uterino en un servicio de radioterapia. Rev Cub Enferm; 22(1) Ene-Abr. 2006.
- 18 Martínez Chang Y M; Sarduy Nápoles M. Manejo de las adolescentes con Neoplasia Intraepitelial Cervical. Rev. Cuba. Invest Bioméd; 25 (1), Ene-Mar. 2006.
- 19 Motta Ramírez G., Huerta Sánchez R., García Chávez LI. Concordancia de la etapificación del cáncer cérvico uterino entre la exploración clínica y los hallazgos tomográficos. Rev. Anales de radiología México 2006; 4: 275-292.
- 20 Hernández Alemán F R, Ornelas Bernal L A, Apresa García T. Motivos de abandono en el proceso de atención médica de lesiones precursoras del cáncer cérvico uterino. Rev. Invest Clin; 58(3).207-27, 2006 May-Jun.

*Correspondencia:* Calle 4<sup>ta</sup>, número 7, entre 1<sup>ra</sup> y 3<sup>ra</sup>, reparto José Díaz, Holguín. Correo: esthervp@cristal.hlg.sld.cu

[Índice Siguiente](#)