



ARTÍCULO ORIGINAL

Estudio clínico y morfológica de las lesiones cervicales de alto grado. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado, 2019-2021

Clinical and morphological study of high-grade cervical lesions. Abel Santamaría Cuadrado General Teaching Hospital, 2019-2021

Magbelys Núñez-Ortega¹  , Marvelia Díaz-Calzada² , Katuska Jiménez-Gala¹ , Greter Zamora-Núñez³ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Policlínico Universitario Luis Augusto Turcios Lima. Pinar del Río. Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Ernesto Guevara de la Serna. Pinar del Río. Cuba.

Recibido: 12 de febrero de 2022

Aceptado: 2 de mayo de 2022

Publicado: 10 de agosto de 2022

Citar como: Núñez-Ortega M, Díaz-Calzada M, Jiménez-Gala K, Zamora-Núñez G. Estudio clínico y morfológica de las lesiones cervicales de alto grado. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado, 2019-2021. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2022 [citado: fecha de acceso]; 26(4): e5472. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5472>

RESUMEN

Introducción: la neoplasia intraepitelial cervical es una lesión donde parte del espesor del epitelio está sustituido por células con atipias.

Objetivo: caracterizar clínico y morfológicamente las lesiones cervicales de alto grado, en las pacientes del Hospital "Abel Santamaría Cuadrado", en el 2019 - 2021.

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. El universo estuvo representado por 472 pacientes que se les realizó histerectomía, conización o amputación cervical, la muestra coincide de manera intencional. Se empleó la prueba de dependencia u homogeneidad de proporciones para datos cualitativos y cuantitativos, y el Chi Cuadrado.

Resultados: existió un predominio de pacientes con color de la piel blanca y las edades más frecuentes fueron entre 15 y 29 años de edad. De acuerdo a los resultados colposcópicos y edad, existió una preponderancia de las pruebas Schiller negativo y dentro de las positivo, el grupo más frecuente fue entre 40-49 años. En cuanto a la clasificación histológica, fueron más frecuentes las lesiones Cervicales de Alto Grado NICII, en la mayoría de los grupos de edades. Dado el grado de compromiso de los bordes en una conización, existe una superioridad de los bordes libres. Los más frecuentes fueron la infección por el virus del Papiloma Humano, y la edad temprana de la primera relación sexual.

Conclusiones: el diagnóstico precoz y el adecuado control de los factores de riesgo constituyen las herramientas necesarias para la disminución de la mortalidad atribuibles al cáncer cérvico-uterino.

Palabras clave: Lesiones Cervicales; Factores De Riesgo; Papiloma Humano; Alphapapillomavirus.

ABSTRACT

Introduction: cervical intraepithelial neoplasia is a lesion where part of the thickness of the epithelium is replaced by cells with atypia.

Objective: to clinically and morphologically characterize high-grade cervical lesions in patients at the "Abel SantamaríaCuadrado" Hospital in 2019 - 2021.

Methods: an observational, descriptive and cross-sectional study was conducted. The universe was represented by 472 patients who underwent hysterectomy, conization or cervical amputation, matching the sample intentionally. The test of dependence or homogeneity of proportions was used for qualitative and quantitative data, as well as the Chi-square test.

Results: there was a predominance of patients with white skin color and the most frequent ages were between 15 and 29 years old. According to colposcopic findings and age, there was a preponderance of negative Schiller tests and within the positive ones, the most frequent group was between 40-49 years old. In terms of histological classification, High Grade CIN II cervical lesions were more frequent in most age groups. Given the degree of edge involvement in a conization, there is a superiority of free edges. The most frequent were infection by the Human Papilloma Virus, and early age of first sexual intercourse.

Conclusions: early diagnosis and adequate control of risk factors are the necessary tools to reduce mortality attributable to cervical-uterine cancer.

Keywords: Neck Injuries; Risk Factors; Human papillomavirus; Alphapapillomavirus.

INTRODUCCIÓN

El término neoplasia intraepitelial cervical (NIC) se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una lesión, en la cual, parte del espesor del epitelio está sustituido por células que muestran grados variables de atipias y constituye una lesión premaligna que antecede el desarrollo de cáncer de cuello uterino. La NIC se caracteriza a nivel microscópico por la presencia de una serie de manifestaciones que progresan desde una atipia celular hasta diversos grados de displasia. Entre su conformación hay células escamosas anormales que serán eliminadas en gran parte por el sistema inmunológico.^(1,2,3,4,5)

Las células del cérvix son muy activas en la vida reproductiva, lo que promueve su crecimiento anormal, cuando se conjugan factores de riesgo para el desarrollo de patología del cuello uterino.^(6,7)

En las etapas tempranas estas lesiones son asintomáticas, pero cuando la lesión es visible, puede verse leucorrea mezclada con sangre, que en etapas avanzadas es muy fétida. El sangramiento comienza por manchas producidas por el coito, en la medida que avanza la lesión, el dolor es tardío y solo se presenta en etapas muy avanzadas, cuando son invadidos los plexos nerviosos.⁽⁸⁾

La secuencia de transformaciones en el cuello uterino, de una forma esquemática, y de acuerdo al grosor del epitelio cervical comprometido, la neoplasia intraepitelial cervical (NIC o CIN) se clasifica en tres grados y sería la siguiente:^(6,8,9)

Neoplasia intraepitelial cervical (NIC o CIN) grado I: es el tipo de menor riesgo, representa solo una displasia leve o crecimiento celular anormal y es considerado una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. Se caracteriza por estar confinado al 1/3 basal del epitelio cervical.

Neoplasia intraepitelial cervical (NIC o CIN) grado II: es considerado una lesión escamosa intraepitelial de alto grado y representan una displasia moderada, confinada a los 2/3 basales del epitelio cervical.

Neoplasia intraepitelial cervical (NIC o CIN) grado III: en este tipo de lesión, considerada también de alto grado, la displasia es severa y cubre más de los 2/3 de todo el epitelio cervical, en algunos casos incluye el entero grosor del revestimiento cervical. Esta lesión es considerada como un carcinoma in situ.

El tiempo medio que transcurre entre estas transformaciones y el porcentaje de casos que progresará o regresarán es todavía discutible debido a las diferencias en los criterios de admisión, el tiempo de control y métodos de seguimiento y valoración estadística.^(6,8)

Se piensa que la evolución de una displasia incipiente a carcinoma in situ transcurre en tiempo promedio de siete años. La evolución a carcinoma invasivo puede ser alrededor de 10-15 años. Sin embargo, en ciertas ocasiones, el paso de un estado a otro puede ser mucho más rápido, de forma que en la práctica puede considerarse que desde CIN I se pasa de manera directa a carcinoma invasivo sin pasar por las fases CIN II y CIN III.^(6,9)

Para los profesionales de la salud el diagnóstico y tratamiento de las displasias cervicales de alto grado, son un desafío por tratarse de una enfermedad asintomática. Así surge la colposcopia en el siglo XX y la colpocitología en la década del treinta.⁽⁵⁾ Como prueba de tamizaje se utiliza el examen de Papanicolaou o citología cérvico-vaginal, el cual es informado con la utilización del Sistema de Bethesda. En dicho sistema, la categoría ASC-H (*atypical squamous cells - cannot exclude HSIL-high grade squamous epithelial lesions*, por sus siglas en inglés) designa los casos con presencia de células escamosas atípicas en las cuales los cambios son sugestivos de una lesión intraepitelial escamosa de alto grado.⁽³⁾

En las lesiones de neoplasia intraepitelial cervical (NIC o CIN) II y III (alto grado), el tratamiento de elección es el escisional (conización, amputación cervical) como método conservador; el tratamiento radical (histerectomía) se realizará según paridad satisfecha, asociación de otras afecciones ginecológicas, entre otras.⁽⁸⁾

Las neoplasias del cérvix constituyen 21,4 % del total de neoplasias malignas y 85 % de las ginecológicas.⁽⁵⁾ Cada año se presentan alrededor de 466 000 nuevos casos de cáncer cérvico-uterino (CCU), la mayoría de ellos en países en desarrollo. De las 231 000 muertes anuales a causa de este cáncer, aproximadamente el 80 % se produce en los países en desarrollo, donde constituye el más letal de los cánceres entre las mujeres.⁽¹⁰⁾

Uruguay, Barbados y Perú tienen tasas de incidencia elevadas. Unas 12 000 mujeres son diagnosticadas con cáncer cérvico-uterino en Estados Unidos cada año. Se trata del cáncer ginecológico más fácil de prevenir con pruebas de control y seguimiento. En cuanto al cáncer cervical, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) calcula que cada año mueren en la región 30 000 personas a causa de esta enfermedad, mientras que en Estados Unidos su tasa de mortalidad es de 2,5 mujeres por cada 100 000, en otros países de América es incluso diez veces mayor.⁽¹¹⁾

En Cuba, a pesar de existir un programa de detección precoz, el cáncer de cérvix persiste como un problema de salud y esta enfermedad se encuentra en el quinto lugar en las féminas, mayores de 60 años y dentro de los primeros quince en mortalidad. El número de fallecidas, por esta causa, se mantiene con una tasa de 9.1 por cada 100 000 habitantes, con 514 defunciones. Según Programa de Detección Precoz entre el 2018 y el 2019 se examinaron 826 663 mujeres, con una tasa de 201,9 por 1000 mujeres, en el 2019 específicamente hubo 882, de ella 48 en etapas clínicas III y IV.⁽¹²⁾

Se han diagnosticado 1022 mujeres con lesiones cervicales desde VPH hasta carcinoma escamoso invasor y adenocarcinoma, en el período comprendido entre 2003 y 2010 en la provincia de Pinar del Río, de las cuales han fallecido más de 20.⁽¹¹⁾

Sin embargo, ocurre un cambio en la edad de aparición de este tipo de tumor posiblemente relacionado con la precocidad de las primeras relaciones sexuales, la promiscuidad y la concomitancia de otros factores de riesgo como son: la multiparidad, hábito de fumar, frecuentes infecciones de transmisión sexual dentro de ellas el virus del Papiloma Humano (HPV); además de los factores genéticos y hormonales, cualquiera de ellos en un tiempo impredecible pueden evolucionar a la neoplasia intraepitelial cervical y de esta al cáncer.⁽⁷⁾

Para modificar sustancialmente la incidencia y la mortalidad de esta enfermedad, es preciso actuar contra la carcinogénesis y eliminar los factores de riesgo. El conocimiento de la importancia del diagnóstico temprano por la población femenina, asociado a una educación sanitaria que incluya otros factores de riesgo, son elementos indispensables para el éxito del programa de diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino.⁽¹¹⁾

La presente investigación tiene como principal objetivo caracterizar clínico y morfológicamente las lesiones cervicales de alto grado, en las pacientes del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado", en el período 2019 -2021.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo, un estudio observacional, descriptivo y transversal, con el objetivo de caracterizar clínico y morfológicamente las lesiones cervicales de alto grado, en las pacientes del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado", en el período de 2019 -2021.

El universo estuvo representado por 472 pacientes a las que se les realizó histerectomía, conización o amputación cervical, la muestra de manera intencional, quedó conformada por las 472 pacientes que en la biopsia postquirúrgica tenían una lesión cervical de alto grado y que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión.

Fueron incluidas en la investigación todos los casos con diagnóstico de lesiones cervicales de alto grado por estudio histopatológico en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Docente Clínico-Quirúrgico "Abel Santamaría" (EBA LA y LP).

Las variables analizadas fueron edad, color de la piel, resultados colposcópicos, clasificación histológica, compromiso de los bordes en una conización y factores de riesgo.

Para la recolección de la información se utilizaron los datos plasmados en los libros de archivos de biopsias, elementos descritos en la planilla de recolección de datos.

Se empleó la prueba de dependencia u homogeneidad de proporciones para datos cualitativos y cuantitativos, así como el estadígrafo Chi Cuadrado.

Se cumplió con los principios de la ética médica y los aspectos establecidos en la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se encontró un predominio del color de la piel blanca con un 93% y del grupo de edades entre 15 y 29 años de edad, con un 31,4%. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad y color de la piel. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado", 2019 -2021.

Grupo de edades (años)	Color de la piel					
	Blanco		Negro		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 a 29	146	30,9	2	0,4	148	31,4
30-39	88	18,6	4	0,8	92	19,5
40-49	110	23,3	8	1,7	118	25
50-59	67	14,2	10	2,1	77	16,2
60- 69	23	4,9	7	1,5	30	6,4
70- 79	5	1,1	2	0,4	7	1,5
80 y más	0	0	0	0	0	0
Total	439	93	33	6,9	472	100

Existió un predominio de las pruebas Schiller negativo (50,4%).

Entre las pruebas Schiller positivo, el grupo más frecuente fue entre 40-49 años (14,6%), seguido de las edades de 15 a 29 años (12,9%). (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de la muestra según resultados colposcópicos y edad.

Grupo de edades (años)	Schiller positivo		Schiller negativo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 a 29	61	12,9	87	18,4	148	31,4
30-39	40	8,5	52	11	92	19,5
40-49	69	14,6	49	10,4	118	25
50-59	45	9,4	32	6,8	77	16,2
60- 69	15	3,2	15	3,2	30	6,4
70- 79	4	0,8	3	0,7	7	1,5
80 y más	0	0	0	0	0	0
Total	234	49,6	238	50,4	472	100

Se apreció un predominio de las Lesiones Cervicales de Alto Grado NICII (50,8%), seguidas de las NIC III con el 49,2 %. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de la muestra según clasificación histológica y edad.

Grupo de edades (años)	Lesiones Cervicales de Alto Grado NIC II		Lesiones Cervicales de Alto Grado NIC III, Carcinoma in situ		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 a 29	79	16,7	69	14,5	148	31,4
30-39	48	10,2	44	9,3	92	19,5
40-49	57	12,1	61	12,9	118	25
50-59	39	8,2	38	8,0	77	16,2
60- 69	15	3,2	15	3,2	30	6,4
70- 79	2	0,4	5	1,1	7	1,5
80 y más	0	0	0	0	0	0
Total	240	50,8	232	49,2	472	100

Respecto al grado de compromiso de los bordes en una conización, existió un predominio de los bordes libres con un 82,7%. En el caso de los bordes comprometidos se apreciaron en las edades entre 15 a 29 años, con un 4,7%. (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de la muestra según compromiso de los bordes en una conización y edad.

Grupo de edades (años)	Compromiso de los bordes							
	Bordes libres		Bordes comprometidos		No evaluable		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15 a 29	125	26,5	22	4,7	1	0,2	148	31,4
30-39	78	16,6	11	2,3	3	0,6	92	19,5
40-49	98	20,8	18	3,8	2	0,4	118	25
50-59	66	13,9	11	2,3	0	0	77	16,2
60- 69	19	4,0	6	1,3	5	1,1	30	6,4
70- 79	4	0,9	3	0,6	0	0	7	1,5
80 y más	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	390	82,7	71	15	11	2,3	472	100

Relacionado con los factores de riesgo para lesiones cervicales, se pudo precisar que los más frecuentes fueron la infección por HPV, presente en el 100% de las pacientes, y la edad temprana de la primera relación sexual, en un 64,8%. (Tabla 5)

Tabla 5. Distribución de la muestra según factores de riesgo.

Factores de riesgo	No.	%
Promiscuidad	215	45,6
Compañeros sexuales masculinos de alto riesgo	321	68
Edad temprana de la primera relación sexual	306	64,8
Elevado número de partos	116	24,6
Infección por HPV	472	100
Otras infecciones de transmisión sexual	87	18,4
Uso de anticonceptivos orales	112	23,7
Hábito de fumar	153	32,4
Bajo nivel socioeconómico	126	26,7
Otras	34	7,2

DISCUSIÓN

En los últimos años las lesiones tipo NIC se detectan en mujeres cada vez más jóvenes. Ello pudiera explicarse por la alta incidencia de infección genital por HPV que existe en la población (algo que falta por probar, ya que no se cuenta con las técnicas de pesquisaje viral en Cuba), la presencia de múltiples factores que interactúan desde temprana edad, y por la elevada vulnerabilidad del epitelio cervical en la adolescencia.

La incidencia del cáncer cérvico-uterino aumenta con la edad, y aproximadamente el 80% y el 90% de los casos confirmados en países en vías de desarrollo ocurre en mujeres de 35 años o más.⁽¹³⁾ En el trabajo de la autora, a pesar de no concordar con dicho estudio, hay un predominio también de las edades entre 40-49 años.

En Cuba, existe un programa masivo de pesquisaje (PDPCCU) desde 1968, actualizado en el 2001, y que se revisa constantemente.⁽⁹⁾ Sin embargo, aún se detectan mujeres con cáncer invasor del cuello uterino en etapas avanzadas.⁽¹⁰⁾

Se concuerda con el estudio de Hernández-Márquez,⁽⁸⁾ donde hay un predominio de pacientes en edad laboral, de la raza blanca y donde se identificó al VPH como una enfermedad de transmisión sexual.

No se concuerda con un estudio realizado por Domínguez Bauta,⁽¹²⁾ donde el diagnóstico citológico proporcionó un 3,5 % de mujeres con pruebas citológicas alteradas y un Schiller positivo, con variaciones en las diferentes áreas de salud. Con relación a la colposcopia alterada, también se asociaba con los resultados histopatológicos y la sensibilidad y el valor global de la prueba se encontraban dentro de los mismos rangos que los de la citología.

El grupo de edades con mayores resultados positivos para ambas técnicas fue el de 15 -24 años (100 % con ácido acético, y 94,4 % con el Lugol, de las 18 mujeres examinadas). Con ambas pruebas a la vez, la probabilidad conjunta de detección de lesiones mostraba un comportamiento variable pero no estadísticamente significativo, según la edad. Se corroboró el diagnóstico de lesión acetoblanca en el 70,9 % de los casos, por lo tanto, la probabilidad de que una mujer tenga lesiones cervicales a la simple inspección visual con ácido acético y al colposcopia, a la vez, fue del 0,658 (65,8%).

En un estudio realizado por Bermejo y cols,⁽⁹⁾ en cuanto al grado de lesión, no hubo correlación entre los dos procedimientos realizados. Las sospechas citológicas se modificaron con respecto al diagnóstico histológico del cono, lo que indica que es necesario acompañar la citología con colposcopia, pues se observó una gran cantidad de falsos negativos, esto podría explicarse por el severo infiltrado inflamatorio, por el pequeño tamaño de algunas lesiones o a la subvaloración de la citología, donde el cono radioquirúrgico reduce en un 25 % y más la incidencia de falsos negativos.

Se coincide con un estudio realizado por Salgueiro Medina,⁽¹⁰⁾ donde la baja incidencia observada, en las adultas mayores, respecto a otros grupos, es por la prevalencia de mujeres histerectomizadas u otras causas y que ya no están en riesgo de contraer la enfermedad maligna. Las NICII o III (sin incluir el carcinoma in situ) mostraban menos variaciones y se presentaron hasta el grupo de 80-84 años, con ligero incremento.

Se concuerda con un estudio realizado por Bermejo y cols,⁽⁹⁾ donde la observación minuciosa del borde de sección es de vital importancia a la hora de diagnosticar un cono. En el cono por asa no es necesario marcar con tinta el borde quirúrgico, porque siempre ocurre daño térmico del tejido que permite reconocerlo, la presencia de lesión en el borde quirúrgico ha sido reportada por varios autores. La autora considera que siempre que esto ocurra, la paciente debe tratarse quirúrgicamente ya sea reconizada o histerectomizada.

Se coincide con el estudio de Moré Vega y cols,⁽¹¹⁾ quien refiere que la citología y la colposcopia se han utilizado a través de los años con el objetivo de diagnosticar las afecciones premalignas y malignas del cérvix uterino. Sin embargo, el estudio histológico es el que resulta concluyente para poder establecer el diagnóstico. Este puede realizarse por una biopsia en sacabocados, la conización con bisturí y la que se realiza con asa diatérmica, hoy por hoy, una técnica conservadora de la fertilidad que permite diagnosticar y tratar en el mismo momento.

La autora coincide con lo expuesto en la literatura al referir que la toma de la muestra mediante esta técnica propicia tener una imagen más completa del cuello uterino, aún en zonas donde macroscópicamente no se observa lesión.

Varios autores como Moré Vega y cols,⁽¹¹⁾ señalan que la conización por asa diatermia ofrece un estudio anatomopatológico adecuado de la pieza obtenida. Presenta escasas complicaciones y de poca gravedad, lo cual permite un seguimiento posquirúrgico adecuado; con lo cual se coincide.

Desde hace algún tiempo se ha demostrado el rol protagónico del VPH en la génesis del cáncer de cuello uterino, sobre todo con la presencia de cofactores como edades tempranas con el comienzo de las relaciones sexuales en ambos sexos. La prevalencia de dicha infección presenta un pico en mujeres menores de 25 años, lo que coincide con el inicio de su vida sexual y posteriormente muestra una disminución significativa en edades medianas y mayores.⁽¹⁴⁾

En otros estudios, con los cuales se coincide se muestra que la aparición del cáncer cérvico-uterino tiene una estrecha relación con el inicio temprano de las relaciones sexuales. Resulta importante señalar que un gran número de féminas iniciaron su primera relación sexual antes de cumplir 15 años, lo cual constituye un factor muy importante a tener en cuenta por el equipo básico de salud para ejercer acciones de promoción y prevención con las adolescentes, en aras de incrementar la labor educativa para su actual y posterior conducta sexual. El inicio del primer coito en edades tempranas, y de manera marcada en aquellas que comienzan sus relaciones sexuales antes de los 18 años, es abordado mundialmente desde el punto de vista epidemiológico y existe un consenso general acerca de que estas relaciones en edades tempranas predisponen a lesiones cervicales.^(15, 16)

Los profesionales de la salud deben consolidar sus conocimientos teórico-prácticos sobre esta enfermedad y continuar la profundización en cuanto a la educación sexual y reproductiva de las mujeres en la atención primaria a través de la promoción y prevención de salud.

En un estudio realizado por Narváez Ocampo y cols,⁽¹⁵⁾ la población estudiada tuvo un nivel de conocimiento alto respecto a la prevención, pero un nivel bajo sobre los factores de riesgo que pueden conducir al desarrollo del cáncer de cuello uterino. Esta deficiencia podría estar relacionada con nivel socioeconómico y académico bajos, pero se requieren más estudios encaminados a corroborar dicha relación.

Se concuerda con el estudio de Gómez MD,⁽¹⁶⁾ donde los principales factores de riesgo asociados fueron: edad de inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años, virus del papiloma humano, paridad de más de dos hijos y antecedentes familiares de alguna patología de cuello.

Se concluye que existe un predominio de pacientes con color de la piel blanca y las edades más frecuentes fueron entre 15 y 29 años de edad. De acuerdo a los resultados colposcópicos y edad, existe una preponderancia de las pruebas Schiller negativo y dentro de las positivo, el grupo más frecuente fue entre 40-49 años. En cuanto a la clasificación histológica, fueron más frecuentes las lesiones cervicales de alto grado (NICII), en la mayoría de los grupos de edades.

Al analizar la distribución de la muestra dado el grado de compromiso de los bordes en una conización, existe una superioridad de los bordes libres. Relacionado a los factores de riesgo para lesiones cervicales, se pudo precisar que los más frecuentes fueron la infección por el virus del papiloma humano, y la edad temprana de la primera relación sexual.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Todos los autores participaron en la conceptualización, análisis formal, administración del proyecto, redacción - borrador original, redacción - revisión, edición y aprobación del manuscrito final.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en: www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/rt/suppFiles/5472

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas-Cisneros N, Ruíz-Saucedo R. Consumo de tabaco y neoplasia intraepitelial cervical. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021 Ene [citado 12/01/2022]; 21(1): 157-168. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000100157&lng=es.
2. Trujillo E, Sánchez R, Bravo MM. Integración, carga viral y niveles de ARN mensajero de E2 de VPH 16 en la progresión de lesiones intraepiteliales cervicales. Acta Biol Colomb [Internet]. 2018 Apr [citado 12/01/2022]; 23(1): 80-7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-548X2018000100080&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Laberiano Fernández C, Gamarra Chavarría MF, Velazco Cabrejos S. Correlación citohistológica de ASC-H en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el período enero 2013 a julio 2015. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2017 [citado 12/01/2022]; 63(4). Disponible en: http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/download/2026/pdf_484

4. Sánchez JM, García CV, Muñóz G. Tabaquismo y atipias celulares cérvico-vaginales. (México). *Aten Fam.* [Internet]. 2017 [citado 12/01/2022]; 24(1):3-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.01.002>
5. Núñez J. Cigarrillo y cáncer de cuello uterino. *Rev ChilObstetGinecol.* [Internet]. 2017 [citado 12/01/2022]; 82(2):232-240. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000200014>
6. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2019 [Internet]. 2020. [citado 12/01/2022]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>
7. Sahasrabuddhe VV, Parham GP, Mwanahamuntu MH, Vermund SH. Cervical cancer prevention in low-and middle-income countries: feasible, affordable, essential. *CancerPreventionResearch.* [Internet]. 2016 [citado 12/01/2022]; 5(1): 11-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586242/>
8. Hernández-Márquez CI, Brito-García I, Mendoza-Martínez M, et al. Conocimiento y creencias de mujeres del estado de Morelos sobre el virus del papiloma humano. *Rev Cuba Enf.* [Internet]. 2016 [citado 12/01/2022]; 32(4):126-147. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf04416.pdf>
9. Bermejo Bencomo W, Valladares Lorenzo R, Arnaiz Lastra L. Comportamiento de la conización por radiocirugía en el tratamiento de lesiones preneoplásicas cervicouterinas. *AMC* [Internet]. 2017 Jun [citado 12/01/2022]; 11(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000300004&lng=es.
10. Salgueiro Medina V, Sanabria Negrín JG, Abreu Mérida M. Cáncer Cérvico Uterino en la Tercera Edad: P. del Río, 2005-2008. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2009 [citado 12/01/2022]; 13(4): 158-167. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400018
11. Moré Vega, A, Díaz Carmenate, Y Moya Toneut, C Borges Fernández, R. Resultados de la conización por radiocirugía en pacientes atendidas en consulta de patología de cuello uterino. *Rev. cuba. obstet. ginecol.* [Internet]. abr.-jun. 2017. [citado 12/01/2022]; 43(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000200002&nrm=iso
12. Domínguez Bauta SR, Trujillo Perdomo T, Aguilar Fabrè K, Hernández Menéndez M. Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes. *Rev. cuba. obstet. ginecol.* [Internet]. 2018 Mar [citado 12/01/2022]; 44(1): 1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100017&lng=es.
13. Montero Lora Y, Ramón Jiménez R, Valverde Ramón C, Escobedo Batista F, Hodelín Pozo E. Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cérvico-uterino. *MEDISAN* [Internet]. 2018 Mayo [citado 12/01/2022]; 22(5): 531-537. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500010&lng=es.
14. Corral F, Cueva P, Ypez J, Montes E. La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de utero. *Bol of SanitPanam* [Internet]. 1996 [citado 12/01/2022]; 121(6): 511-7. Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15413/v121n6p511.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Narváez Ocampo L, Collazos Cerón A, Daza Ocampo K, Torres Camargo Y, IjajíPiamba J, Gómez Sandoval D et al. Conocimientos sobre prevención y factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en un centro de educación técnica. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2019 Jul[citado 12/01/2022]; 65(3): 299-304. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000300005&lng=es.

16. Gómez MD, González BM, González PSF, et al. Correlación de resultados de los métodos diagnósticos de las patologías del cuello uterino en el Hospital "Camilo Cienfuegos". Rev. cuba. obstet. ginecol. [Internet]. 2019[citado 12/01/2022]; 45(3): e478. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91546&id2=>