REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Cáncer cérvico uterino: prevención y tratamiento

Cervical uterine cancer: prevention and treatment

Eneida Bravo Polanco[1] Narciso Águila Rodríguez[2] Dayamí Guerra Villarpanda[3] Yamiley Blanco Vázquez[3] Oskeimy Rodríguez González[3] Madelín Oliva Santana[3]

[1] Policlínico Docente Aracelio Rodríguez Castellón, Cumanayagua, Cienfuegos, Cuba
[2] Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, Cumanayagua, Cienfuegos, Cuba
[3] Policlínico Docente Aracelio Iglesias Castellón, Cumanayagua, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Bravo-Polanco E, Águila-Rodríguez N, Guerra-Villarpanda D, Blanco-Vázquez Y, Rodríguez-González O, Oliva-Santana M. Cáncer cérvico uterino: prevención y tratamiento. **Medisur** [revista en Internet]. 2020 [citado 2025 Jul 16]; 18(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4648

Resumen

El cáncer cérvico uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución. Sigue siendo la primera causa de morbimortalidad en mujeres de países en vías de desarrollo. Los datos estadísticos mundiales indican que al año se producen unos 466.000 nuevos casos, 80 % de ellos en países en vías de desarrollo, de los cuales mueren 274.000 mujeres, a pesar de ser una enfermedad prevenible. El objetivo de esta revisión es compilar información sobre su prevención y tratamiento, para poder ser utilizada con fines docentes.

Palabras clave: neoplasias del cuello uterino, prevención primaria, terapia

Abstract

Cervical uterine cancer is a cellular alteration which starts in the cervix epithelium due to the persistence of human papillomavirus oncogenic serotypes and that initially manifests itself through precancerous lesions of slow and progressive evolution. It still is the leading cause of morbidity and mortality in women in developing countries. World statistical data indicates that some 466,000 new cases occur each year, 80% of them in developing countries, of which 274,000 women die, despite being a preventable disease. The objective of this review is to compile information on its prevention and treatment, in order to be used for educational purposes.

Key words: uterine cervical neoplasm, primary prevention, terapy

Aprobado: 2020-06-16 15:23:20

Correspondencia: Eneida Bravo Polanco. Policlínico Docente Aracelio Rodríguez Castellón. Cumanayagua. eneidabp690803@minsap.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución.[1]

Su factor de riesgo más importante es la infección por el virus del papiloma humano (VPH, o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados. Algunos de ellos causan un tipo de crecimiento llamado papiloma que se conoce más comúnmente como verruga.[2]

La infección por este virus es un evento de transmisión sexual ampliamente difundido a nivel mundial y constituye un factor necesario, aunque no suficiente, para el desarrollo del cáncer de cuello uterino (CCU).

La prevalencia de dicha infección presenta un pico en mujeres menores de 25 años, coincidente con el inicio de su vida sexual y posteriormente muestra una disminución significativa en edades medianas y mayores. El hecho de que las mayores tasas de prevalencia se encuentren entre las adolescentes y las adultas jóvenes hace que las mismas sean consideradas como un grupo de alto riesgo a desarrollar lesiones premalignas y malignas del cérvix uterino.[3]

El comportamiento sexual en las adolescentes está influenciado por diferentes factores externos (sociales, culturales, económicos), lo que favorece en muchas ocasiones el desarrollo de una vida sexual poco responsable. El medio social ejerce una gran influencia en esta etapa de la vida, en la cual se define la personalidad de la joven y donde es esencial la aceptación del individuo por el grupo en que se desarrolla.[3]

El factor de riesgo más importante en la génesis del cáncer cérvico uterino es la infección persistente por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo (siendo el riesgo mayor para los tipos virales VPH 16 y 18). Es causa necesaria pero no suficiente para la producción del CCU. Requiere de cofactores tales como: inicio relaciones sexuales a edad temprana, alto número de parejas sexuales, otras infecciones de transmisión sexual, tabaquismo, consumo de anticonceptivos orales por más de 5 años, multiparidad, alteraciones inmunológicas (infección por virus de inmunodeficiencia humana (HIV), terapéuticas inmunosupresoras y patologías inmunodepresoras, etc.), y/o historia de tamizaje insuficiente. Son considerados factores de riesgo individuales para CCU ante una lesión intraepitelial (LIE): el antecedente de LIE alto grado pavimentosa o glandular y el antecedente de tratamientos previos por LIE no especificado. Así como el tratamiento previo de neoplasia intraepitelial anal, vaginal, vulvar y otros cánceres invasores relacionados con el VPH. Estos factores deben ser considerados en el enfoque terapéutico en asociación con la edad (tasa anual estimada (TAE) CCU en USA: 1,6/100000 mujeres de 20-25 a), el deseo reproductivo, embarazo en curso, el grado, características de la lesión del cuello uterino y los antecedentes terapéuticos previos.[4]

Larraguibel y Rojas, citando a otros autores plantean que la infección persistente por VPH es considerada casi un estado intermedio en la vía hacia el carcinoma cérvico uterino invasor. Esto constituye una situación única en oncología: ningún otro cáncer tiene una relación de causalidad tan bien establecida con un virus. Es más, en comparación con otros factores de riesgo bien conocidos para cáncer en el hombre, tales como el tabaco (cáncer de pulmón) y el virus de la hepatitis B (cáncer de hígado), el riesgo asociado al virus papiloma es mucho más alto. El riesgo relativo es alrededor de 10 para fumar y cáncer de pulmón, 50 para el cáncer de hígado y virus hepatitis, y entre 300-400 para cáncer de cuello y VPH.[5] Otros autores sustentan estos mismos criterios.[6]

Este cáncer constituye en América-Latina una enorme carga para el sistema de salud; se presenta como la tercera causa de muerte por cáncer en las mujeres de la región, solo superado por el cáncer de pulmón y de glándula mamaria; aunque en algunos de los países, como Honduras, Nicaragua, El Salvador, Bolivia, Paraguay y Ecuador, aun continua liderando la mortalidad por cáncer en mujeres. Es sin embargo una de las localizaciones de cáncer más prevenibles y curables, tal como es evidente en las cifras de cáncer de los países desarrollados.[7]

El objetivo de esta revisión es ofrecer datos actualizados sobre la prevalencia de lesiones y cáncer cérvico uterino, así como las principales medidas para su prevención.

DESARROLLO

Prevalencia del cáncer cérvico uterino

En Cuba el CCU se sitúa en el 4to lugar en incidencia y el 5to en mortalidad con tasas de 33,0 y 7,9 por 100 000 habitantes, respectivamente.[3]

Un estudio realizado en Paraguay, sobre una población de 129 indígenas, mostró que la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino fue de 13,18 %. Las lesiones más frecuentemente encontradas en orden de frecuencia fueron ASCUS 10,08 %; CIN I 2,32 %; CIN II 0,77 %; no se observó CIN III, ni carcinoma *in situ*. Las edades en las que se presentaron con mayor frecuencia fueron entre 25 a 44 años en un 70,59 %. El 58,8 % de las que presentaron lesiones cervicales tuvo menarquia con menos de 12 años; 76,5 % relaciones sexuales antes de los 15 años y el 82,35 % son gran multíparas. Y concluyeron que se encontró mayor porcentaje de lesiones en las edades medias, menarquia temprana, inicio precoz de vida sexual y en multíparas.[9]

Mendoza y colaboradores, en Colombia, al estudiar la prevalencia de lesiones preneoplásicas en 3 539 mujeres, observaron que la mediana de la edad fue 38 años con rango intercuartil (RI: 29-46 años), la mediana del número de partos 1 (RI: 0-3). En relación a la seguridad social y uso de métodos anticonceptivos, la mayoría eran particulares y no utilizaban ningún método. El 87,5 % de las citologías se reportaron como negativas, 8,2 % lesión de bajo grado (LSIL), 2,6 % células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), 0,9 % lesiones de alto grado (HSIL); 0,4 % células escamosas atípicas de significado indeterminado de alto grado ASC-H; 0,4 % células glandulares atípicas de significado incierto (ASGUS) y 0,2 % carcinoma invasor. Concluyeron que la prevalencia de las anormalidades citológicas fue baja en todos los grupos analizados, sin embargo, existe un mayor número de LSIL hacia la cuarta década de la vida y en aquellas que iniciaron su vida sexual después de los 40 años. De igual manera se encontró una relación inversa entre el número de partos, planificación familiar hormonal y aparición de lesiones pre neoplásicas.[1]

Una revisión bibliográfica realizada en el año 2018, señala que la mayoría de las infecciones por VPH son transitorias, siendo eliminadas por el propio organismo en un período de 1 a 2 años y solo un pequeño número de las mismas se hacen persistentes y son las causantes de la aparición de lesiones premalignas y malignas del cérvix. El VPH de alto riesgo (VPH-AR) es el principal agente etiológico del CCU, el cual es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad por cáncer en el sexo femenino, especialmente en países en vía de desarrollo.

Los autores de la mencionada revisión expresan que el cáncer cérvico uterino (CCU) es el tercer cáncer más frecuente y la segunda causa de muerte en el sexo femenino a nivel mundial. Su distribución global muestra una estrecha relación con el nivel de desarrollo socioeconómico, donde las tasas de incidencia y mortalidad tienden a ser al menos 5 veces mayor en países subdesarrollados comparados con los de alto desarrollo.[8]

Según datos de la *International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Cancer Today,* publicados por el boletín factográfico de salud, en América Latina se produjeron 28 318 muertes por cáncer cérvico uterino, en el año 2018, con una tasa bruta de 8,6 mujeres por cada 100 000 habitantes. Además señala que la mayor incidencia en América Latina está en las mujeres entre 40 y 54 años.[8]

En esta misma fuente se publica que las defunciones por tumores malignos del cuello uterino en Cuba, ascendieron de 182 en 1970 a 548 en el 2018, en una curva en ascenso durante todos los años. Los casos nuevos de cáncer de cuello uterino fueron 1438 en el 2015.[8]

Prevención del cáncer cérvico uterino

La prevención del cáncer cérvico uterino se puede realizar por medio de la detección oportuna, orientada a evitar o disminuir factores de riesgo, por lo que utilizar preservativo, posponer el inicio de la vida sexual y limitar el número de parejas, son medidas que debe conocer la población general. Se debe tener presente que el número de gestas y la edad de inicio de la vida sexual, son factores de riesgo asociados a los factores de riesgo ya establecidos para lesión cervical.[10]

Dentro de las estrategias para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres, basados en el test de VPH, en Buenos Aires se plantean las siguientes: estrategias de seguimiento según resultado del tamizaje. Estrategia de seguimiento para mujeres con test de VPH negativo. Estrategia de seguimiento para mujeres con test de VPH positivo y citología negativa, para

mujeres con test de VPH positivo y citología anormal; para mujeres con test de VPH positivo y citología anormal.[11]

Además tienen protocolo para el manejo de la neoplasia intraepitelial cervical y del adenocarcinoma *in situ*; estrategias de manejo para mujeres con ASC-US/LSIL, según diagnóstico histológico; estrategia de manejo para mujeres con ASC-US/LSIL, con diagnóstico histológico CIN1. Estrategia de manejo para mujeres con ASC-US/LSIL, con diagnóstico histológico CIN2/3, AIS. Estrategia de manejo para mujeres con ASC-US/LSIL, con diagnóstico histológico negativo o colposcopia negativa (sin imagen colposcópica anormal). Estrategias de manejo para mujeres con ASC-H/HSIL, según diagnóstico histológico. Estrategia de manejo para mujeres con ASC-H/HSIL, con diagnóstico histológico CIN1. Estrategia de manejo para mujeres con ASC-H/HSIL, con diagnóstico histológico CIN2/3. Estrategia de manejo para mujeres con ASC-H/HSIL, con diagnóstico histológico negativo o colposcopia negativa (sin imagen colposcópica anormal). . Estrategias de manejo para mujeres con AGC/AIS según diagnóstico histológico. Estrategia de manejo para mujeres con AGC/AIS, con diagnóstico histológico positivo para atipía endocervical o células glandulares "favor neoplasia" o AIS. Estrategia de seguimiento para mujeres con AGC/AIS, con diagnóstico histológico negativo para atipia glandular o CIN2/3.[11]

Incluyen seguimiento postratamiento escincional y seguimiento y protocolos para mujeres menores de 30 años. Todo muy completo y abarcador.[11]

El instituto Mexicano del Seguro Social ha plantado que la sustancial disminución en la incidencia y mortalidad del cáncer cérvico uterino en países desarrollados, es el resultado de exámenes de búsqueda efectivos**.** Y señalan que entre las estrategias implementadas a nivel mundial para la prevención y diagnóstico temprano en la población en riesgo, que disminuye los índices de mortalidad por esta neoplasia, se encuentra principalmente el examen citológico cervical.

Por tanto han presentado una guía para la prevención y detección oportuna de esta afección, en la atención primaria de salud que pone a disposición del personal del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones en ese país acerca de: [12]

• Identificación de factores de riesgo para desarrollar cáncer cérvico uterino.

• Acciones específicas, de detección oportuna de cáncer cérvico uterino.

• Acciones específicas, de referencia oportuna de cáncer cérvico uterino.

Con respecto a factores de riesgo dejan claro, según la evidencia consultada, que el inicio de relaciones sexuales a edad temprana, es un factor que aumenta el riesgo de cáncer cérvico uterino, así como tener antecedente de múltiples parejas sexuales y enfermedades de transmisión sexual.

Concluyen que los factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino son:

• Inicio de vida sexual antes de los 18 años

• Múltiples parejas sexuales

• Infección por VPH

• Tabaquismo

• Infecciones de transmisión sexual

• Pareja sexual masculina infectada por VPH

• Tener una pareja que ha tenido múltiples parejas sexuales

• Mujeres menores de 30 años sin antecedente de control citológico

• Deficiencia de ácido fólico

• Mujeres inmunocomprometidas

- Mujeres que utilizan anticonceptivos orales combinados a largo plazo

La evidencia demuestra que la presencia del virus del papiloma humano, oncogénico en las mujeres, aumenta el riesgo de cáncer cérvico uterino.

Además consideran que:[12]

- En general, la evidencia apoya el uso de condones para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, incluso con el uso constante y correcto, la transmisión todavía puede ocurrir.

- El uso correcto y frecuente de condones sirve para reducir el riesgo de transmisión del VPH genital.
- Los condones masculinos de látex, cuando se usan constante y correctamente, pueden disminuir la aparición del VPH y la regresión de neoplasia intraepitelial cervical
- La prevención primaria se debe realizar por medio de promoción a la salud, vacunación contra infección por virus del papiloma humano (VPH) y detección oportuna del cáncer cérvico uterino.
- Referir a la pareja no reduce el riesgo de reinfección y no se indica como medida preventiva.
- Realizar cesárea no previene la infección neonatal de VPH y sólo debe de reservarse para mujeres con indicaciones obstétricas.
- Las pacientes con inmunodeficiencia adquirida se consideran un grupo de riesgo para cáncer cérvico uterino.

Y recomiendan:[12]

- Se deberá informar a la población acerca de la enfermedad, factores de riesgo, posibilidades de prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos.
- Se deben promover acciones de detección oportuna realizando el tamizaje a mujeres con antecedente de vida sexual.
- Capacitar a promotores institucionales sobre esta guía de primer contacto y promover la participación de grupos y líderes de la comunidad para que actúen como informadores y promotores.
- Dejar de fumar debe ser recomendado fuertemente, para las mujeres con VPH o cualquier estadio de una enfermedad asociada.
- Se ha demostrado que para reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer cérvico uterino, es necesario contar con un programa efectivo de prevención y detección oportuna que incorpore un sistema de recordatorio y vigilancia que cubra el 80 % de la población en riesgo.

En cuanto al tamizaje, en esta guía se plantea que:[12]

- Se encuentra evidencia en muchos estudios observacionales, que el tamizaje con citología cervical reduce la incidencia y la mortalidad de cáncer cérvico uterino.
- La prueba de tamizaje de elección para cáncer cérvico uterino es la citología cervical de base líquida, que resulta una muestra más completa sin células dañadas o cubiertas por sangre, moco o células inflamatorias, además que esa misma muestra puede ser utilizada para otras pruebas auxiliares como detección de VPH y clamidia.
- La citología cervical convencional sigue siendo el método de elección de tamizaje, debido a su menor costo.
- La edad óptima para iniciar el tamizaje es desconocida y esto se documenta con la historia natural de la infección del virus del papiloma humano y el cáncer cervical, que por lo tanto sugiere realizar el tamizaje de una forma confiable, dentro de los tres años después de la primera relación sexual o hasta los 21 años, cualquiera que ocurra primero.
- La citología cervical se realizará anualmente hasta que se acumulen tres pruebas negativas técnicamente satisfactorias; posteriormente se recomienda cada dos o tres años.
- Ciertos factores de riesgo se han asociado con la neoplasia intraepitelial cervical en estudios observacionales; mujeres con alguno de los siguientes factores de riesgo pueden requerir realizarse la citología cervical más frecuentemente: mujeres quienes están infectadas de VIH, mujeres quienes están inmunocomprometidas (como aquellas que han recibido trasplante renal); mujeres quienes tuvieron exposición al dietil-estilbestrol en útero; mujeres tratadas previamente por NIC2, NIC3 o cáncer. Mujeres infectadas con VIH se les debe de realizar la citología cervical dos veces en el primer año, después del diagnóstico y anualmente en los años siguientes.
- Mujeres tratadas en el pasado por NIC2, NIC3, cáncer siguen estando en riesgo por persistencia de la enfermedad o recurrencia por lo menos 20 años después del tratamiento y después del pos tratamiento de vigilancia, y deben de continuar con el tamizaje anual por lo menos durante 20 años.
- Se recomienda que las mujeres que no se han realizado una citología cervical en más de cinco años, deban realizarse la prueba anualmente

hasta tres pruebas negativas técnicamente satisfactorias, posteriormente se recomienda cada dos o tres años.

- Existe evidencia limitada para determinar los beneficios de continuar el tamizaje en mujeres mayores de 65 años y se concluye, que los daños potenciales al realizar el tamizaje exceden los beneficios entre las mujeres de edad avanzada, quienes han tenido resultados normales previamente y en quienes por el contrario no han tenido riesgo alto de padecer cáncer cervical.

La Secretaría de Salud de Honduras, en su Protocolo para el tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas para la prevención del cáncer cérvicouterino, considera que los factores de riesgo del cáncer cérvicouterino están relacionados con características tanto del virus como del huésped y son:[13]

1. Edad temprana en la primera relación sexual.

2. Mujer que ha tenido múltiples compañeros sexuales pasados y presentes

3. Un compañero que ha tenido múltiples compañeras sexuales pasadas o presentes.

4. Inmunosupresión o infección por VIH.

5. Exposición a ITS como herpes virus, Chlamydia, etc.

6. Inhalar humo de tabaco, humo de leña u otro producto que contenga sustancias cancerígenas.

Y propone para el tamizaje citología cérvicovaginal, inspección visual con ácido acético (IVAA), detección del ADN del virus papiloma humano(ADN/VPH). Y explican los pasos y procedimientos de cada uno.[13]

Por su parte, el Comité de Consensos de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, con la Dra. Myriam Perrotta como Presidenta y al Dr. Diego Häbich como coordinador del consenso de Ginecología FASGO 2014 “Manejo de Lesiones Intraepiteliales de Cuello Uterino”, realizó una investigación en que, mediante consulta a expertos, estos dan respuesta a 12 preguntas sobre el manejo de dichas lesiones, en que se señalan entre otros, los siguientes conceptos y argumentos: [4]

- La conducta más apropiada para el manejo de las LIE de bajo grado es el seguimiento dada su elevada tasa de regresión espontánea (90 % a los 3 años en mujeres jóvenes y 60 % en mujeres en edad reproductiva).
- No requiere tratamiento, especialmente en mujeres jóvenes < 30 años.
- Su diagnóstico en muestra endocervical citológica o histológica, no modifica la conducta cuando existe correlación colpo-cito-histológica (CCH).
- El seguimiento es cito-colposcópico semestral por 2 años, reevaluar la lesión cumplido ese plazo para determinar conducta. De contar con test molecular es recomendable realizarlo cada 12 meses en población de más de 30 años.
- La tipificación viral no tiene ningún rol en la decisión de terapéutica vs seguimiento.
- En pacientes de menos de 30 años, la prueba de VPH no es recomendable por su elevada tasa de positividad (86 %), lo cual le resta especificidad para el diagnóstico de lesión precursora.

Deciden tratamiento en los siguientes casos:[4]

- Lesiones con discordancia colpo-cito-histológica (especial atención a situaciones de citología de alta sospecha)
- Agravamiento de la lesión en los controles citocolposcópica.
- En pacientes con diferentes estados de inmunosupresión el tratamiento debe ser considerado en base al contexto individual de la paciente.
- Falta de adherencia al seguimiento.
- Mujeres mayores de 30 años con lesiones que abarcan los 4 cuadrantes por su coexistencia con lesión de alto grado de hasta un 10 %.

Recomiendan l tratamiento de las LIE alto grado.[4]

- En el CIN III el manejo *standard* es la resección de acuerdo a la lesión colposcópica y al tipo de zona de transformación (Preferible)
- Tanto los tratamientos destructivos como escisionales son aceptables en las LIE de alto grado, pero se recomienda el tratamiento escisional, ya que permite la evaluación histológica de la pieza.
- Podría indicarse tratamiento destructivo en pacientes que reúnan ciertos criterios: lesiones

pequeñas, unión escamo-columnar visible, edocervix negativo, concordancia colpo-cito-histológica.

Recomiendan una conducta diferencial en mujeres embarazadas y menores de 25 años.[4]

El papel de los profesionales de la salud también ha sido objeto de análisis en la prevención del cáncer cérvico uterino, y en el caso de los enfermeros, en España se realizó una investigación para validar un protocolo de atención, en el que se plantea que el enfermero tiene papel fundamental para la consolidación de la cobertura adecuada del examen de prevención del cáncer de cuello uterino, dado que es uno de los responsables por su realización y manutención de la adhesión de las usuarias en el seguimiento y periodicidad adecuada de realización del examen por las mujeres. Además, desempeña actividades de promoción de la salud que tienen por objetivo concientizar a las usuarias acerca de los factores de riesgo de la enfermedad, así como de incrementar el número de adeptas al comparecimiento regular de las consultas para realizar el examen Papanicolao.[5]

Nuestro país, que posee un sistema de salud con cobertura total y que tiene como paradigma médico el enfoque social de las enfermedades, sin embargo no escapa a este flagelo, que como se ha dicho, es prevenible. Nuestras adolescentes también corren ese riesgo al comenzar la vida sexual precozmente y muchas veces sin la debida protección, con la consiguiente consecuencia de padecer infecciones de transmisión sexual.

Otro problema que se presenta es el hecho, paradójico pero cierto, de que muchas mujeres no tienen la disposición para realizarse la prueba citológica, al alcance de todas en Cuba, sin costo alguno y de fácil realización.

Precisamente, el pesquisaje a tiempo, es algo importante e incluido en la mayoría de los protocolos existentes para la lucha contra el cáncer, como se evidencia en la literatura revisada.[14-20]

No obstante, nuestro país no ceja en el empeño y se trabaja arduamente en la detección temprana de lesiones, precisamente mediante la prueba citológica. Se pudo comprobar en la literatura revisada que el número de mujeres que se las realizan ha ascendido con el tiempo, pues de 176 307 mujeres con ella realizada en el año 1997, se ascendió a 871 196 en el 2018 (de ellas 1024 resultaron positivas). El pico mayor se produjo entre 1995 y 2000 con 1 076 858 mujeres.[8]

El programa de diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero en Cuba está establecido desde hace muchos años y tiene como objetivo principal la prevención y detección oportuna de las lesiones. Concibe un conjunto de acciones que incluyen todos los pasos a seguir para lograr dicho propósito, así como considera el seguimiento por el médico y enfermera de la familia, acción muy propia de nuestro sistema de salud, con cobertura total para toda la población.[21]

En cuanto al tratamiento de las lesiones malignas, un estudio realizado en Cuba cuyo objetivo fue evaluar la conización del cuello uterino como método diagnóstico y terapéutico conservador en pacientes con neoplasia intraepitelial del cuello uterino y conocer los resultados obtenidos con esta modalidad terapéutica, observó que en el 28 % de los casos recurrió la enfermedad dentro de los dos primeros años del seguimiento control y las lesiones fueron de alto grado, según la clasificación de Bethesda. Por lo que concluyeron que el cono es un método de diagnóstico eficaz, útil y efectivo como tratamiento de la neoplasia intraepiteliar cervical de bajo grado y que su eficacia disminuye en la medida en que aumenta el grado de la lesión.[22]

Por otra parte, un estudio con el objetivo de caracterizar el comportamiento del programa de cáncer de cérvix, en Camaguey, demostró que hubo un cumplimiento del plan por encima de 90 %, la mayoría de las muestras fueron citologías que se volvieron a realizar, una minoría resultó positiva. Predominaron lesiones de alto grado NIC II, hubo calidad en la toma de las muestras y correlación entre el resultado citológico e histológico. Por lo que este estudio concluyó que el programa y su ejecución son indispensables para el diagnóstico precoz de la afección.[23]

CONCLUSIONES

El cáncer cérvico uterino continúa siendo un importante problema de salud, en Cuba y en el mundo; pero resulta prevenible si se adoptan estilos de vida saludables al respecto.

La creación y cumplimiento de programas y protocolos para direccionar las prácticas de cuidados y procedimientos que los profesionales ejecutan en diversos servicios se torna

fundamental para organizar la gestión y acciones de los equipos de salud.

En Cuba existen todas las condiciones para proteger a la mujer y prever que enfermen. Se le da seguimiento al programa de detección precoz de cáncer cérvico uterino y se realizan acciones de prevención para concientizar a las mujeres sobre la importancia de la realización de la prueba citológica, principal vía de detección de esta afección.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no presentan conflicto de intereses

Contribución de los autores:

Lic. Eneida Bravo y Narciso Águila: búsqueda y análisis de información; redacción, revisión final del artículo.

Lic. Dayami Guerra Villarpanda, Dra. Yamiley Blanco Vázquez: búsqueda de información, revisión crítica.

Dra. Oskeimy Rodríguez González: búsqueda de información, redacción.

Dra. Madelin Oliva Santana: revisión crítica.

Financiación:

Policlínico Docente Aracelio Iglesias Castellón. Cumanayagua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza T, Pedroza MJ, Hernando Micolta P, Ramirez A, Cáceres CR, López D, Nuñez AJ, Acuña M. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012 ; 77 (2): 129-36.

2. American Cancer Society. Factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino [Internet]. New York: ACS; 2018. [cited 20 Mar 2020] Available from: https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html.

3. Domínguez Bauta SR, Trujillo Perdomo T, Aguilar Fabré K, Hernández Menéndez M. Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2018 [cited 20 Mar 2020] ; 44 (1): [aprox. 13p]. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2018/cog181q.pdf.

4. Perrotta M, Habich D. Manejo de las lesiones intraepiteliales de cuello uterino. Buenos Aires: FEASGO; 2014.

5. Larraguibel P, Rojas L. Lesiones preinvasoras de cuello uterino: una visión actual. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006 ; 75 (2): 341-8.

6. Lau Serrano D, Millán Vega MM, Fajardo Tornés Y, Sánchez Alarcón C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2012 [cited 20 Mar 2020] ; 38 (3): [aprox. 10p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300009.

7. Capote Negrín G. Epidemiologia del cáncer de cuello uterino en América Latina. Ecancer. 2015 ; 9: 7-14.

8. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Cáncer Cervicouterino. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud [Internet]. 2019 [cited 6 May 2019] ; 5 (12): [aprox. 17p]. Available from: http://files.sld.cu/bmn/files/2019/12/factografico-de-salud-diciembre-2019.pdf.

9. Velázquez C, Kawabata A, Rios-González CM. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017. Rev Salud Pública Parag. 2018 ; 8 (2): 15-20.

10. Rodríguez O, Pichardo García R, Escamilla Godínez G, Hernández-Valencia M. Estudio de la patología citológica del cérvix. Perinatol Reprod Hum. 2009 ; 23 (1): 12-7.

11. Arrossi S, Thouyaret L, Paul L. Prevención del cáncer cervicouterino: recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH: actualización 2015. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer; 2015.

12. Instituto Mexicano de Seguro Social.

Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención. México, DF: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2011.

13. Secretaría de Salud. Protocolo para el tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas para la prevención del cáncer cérvicouterino [Internet]. Montevideo: Secretaría de Salud; 2015. [cited 20 Mar 2020] Available from: https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/CervicalCancerguidelinesHonduras-IMPRESION-TextoProtocolo.pdf.

14. Do Nascimento Sousa DM, Araújo Chagas M, Moreira Vasconcelos C, Tetelbom Stein A, Oliveira Batista O. Desarrollo de protocolo clínico para detección de lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino. Rev Latino-Am Enfermargen. 2018 ; 26: e2999.

15. Cabrera M. Prueba citológica: minutos que salvan. Trabajadores [Internet]. 2020 [cited 20 Ene 2020] Available from: http://www.trabajadores.cu/20200109/prueba-citologica-minutos-que-salvan/.

16. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Guía global para la prevención y control del cáncer cervicouterino [Internet]. Ginebra: FIGO; 2009. [cited 7 May 2019] Available from: https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/gynec-cancer/Spanish_version.pdf.

17. Secretaría de Salud. Diagnóstico y Tratamiento del cáncer cervicouterino [Internet]. México, DF: Secretaría de Salud; 2010. [cited 20 Mar 2020] Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/433_GPC_Ca_cervicouterino/GER_Cxncer_cervicouterino.pdf.

18. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. [cited 20 Mar 2020] Available from: https://www.cancer.gov.co/Guías-y-Protocolos/Guías-de-Practica-clinica/LPC-Guia-profesionales.pdf.

19. Ministerio de Salud. Guía Clínica. Cáncer Cervicouterino. Santiago: Minsal; 2015.

20. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama. San Salvador: Ministerio de Salud; 2015.

21. Cabezas Cruz E, Camacho Martínez T, Santana Martínez A, Borrajero Martínez I, Aguilar Vela de Oro F, Romero Pérez T, et al. Programa diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero. La Habana: MINSAP; 1999.

22. Montero León F, Bosques Diego OJ, Delgado Almanza R, Díaz Ortega I. Tratamiento y seguimiento de las lesiones premalignas del cuello uterino. Rev Cubana Cir [revista en Internet]. 2008 [cited 5 Abr 2020] ; 47 (3): [aprox. 9p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000300006.

23. Díaz Brito Y, Santiesteban Sánchez RM, Santana Suárez FR, Triana Rodríguez Y. Programa de cáncer de cérvix en el Policlínico "Tula Aguilera Céspedes" de Camagüey, Cuba (2012-2014). Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2016 [cited 5 Abr 2020] ; 42 (2): [aprox. 8p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000200003.