

**Cómo citar este artículo:**

González-Díaz L, García-González S, González-Rodríguez G, Hernández-La-Rosa A, Homma-Casto JL, Rendón-García S.

Caracterización clínica de pacientes con cáncer cervicouterino en Hospital Ginecobstétrico Provincial. Matanzas, 2023-2025.

MedEst. [Internet]. 2026

[citado acceso fecha];

6:e569. Disponible en:

<https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/569>

Palabras Clave: Cáncer Cervicouterino; Factores de Riesgo; Prevención; Estadificación Neoplásica; Cuba.

Keywords:

Cervical Cancer; Risk Factors; Prevention; Neoplasm Staging; Cuba.

Autor para correspondencia:

sandragarciamtz2020@gmail.com

Recibido: 30/06/2026

Aceptado: 18/08/2026

Publicado: 21/08/2026

Editor(es) a cargo:

MSc. Yuniel Rosales Alcántara.

Traductor:

Lic. Meliza Maura Vázquez Núñez.

Maquetador:

Carlos Luis Vinagera Hidalgo.

Caracterización clínica de pacientes con cáncer cervicouterino en Hospital Ginecobstétrico Provincial. Matanzas, 2023-2025

Clinical characterization of patients with cervical cancer at the Provincial Gynecological-Obstetrical Hospital. Matanzas, 2023-2025

Lisbet González Díaz ¹ , Sandra García González ¹

Gonzalo González Rodríguez ¹ , Adrián Hernández La Rosa ¹

José Luis Homma Casto ¹ , Silvia Rendon García ¹

¹ Hospital Ginecobstétrico Provincial Docente "José Ramón López Tabrane", Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: El cáncer cervicouterino (CCU) constituye una de las principales causas de mortalidad femenina a nivel mundial, con elevada incidencia en países en desarrollo. En Cuba representa un importante problema de salud. **Objetivo:** Caracterizar las pacientes con diagnóstico de CCU atendidas en el Hospital Ginecobstétrico Provincial Docente "José Ramón López Tabrane" de Matanzas entre enero de 2023 y diciembre de 2025. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron 88 pacientes con diagnóstico histopatológico confirmado. Se analizaron variables sociodemográficas, factores de riesgo, antecedentes obstétricos, conductas sexuales, estadio clínico, tipo histológico y antecedentes de tamizaje. Se utilizó estadística descriptiva y pruebas de chi-cuadrado para explorar asociaciones. **Resultados:** Predominó el grupo etario 36-40 años (28,4 %), amas de casa (52,3 %), solteras (61,4 %), nivel preuniversitario (56,8 %), fumadoras (58,0 %), raza negra (44,3 %) y multiparas (43,2 %). El inicio sexual entre 14-19 años ocurrió en el 60,2 % y el número de parejas 3-4 en el 40,9 %. El carcinoma epidermoide fue el más frecuente (67,0 %) y el estadio II el predominante (38,6 %). El 67,0 % no tenía tamizaje en los últimos 3 años. El tabaquismo ($p=0,041$) y la multiparidad ($p=0,032$) se asociaron significativamente con estadios más avanzados. **Conclusiones:** El perfil de las pacientes coincide con los factores de riesgo clásicos. La asociación entre tabaquismo, multiparidad y estadios avanzados, junto con la baja cobertura de tamizaje, refuerza la necesidad de fortalecer la pesquisa y las intervenciones preventivas en la provincia.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer (CC) is one of the leading causes of female mortality worldwide, with a high incidence in developing countries. In Cuba, it represents a significant health problem. **Objective:** To characterize patients diagnosed with CC treated at the "José Ramón López Tabrane" Provincial Teaching Gynecological and Obstetrical Hospital in Matanzas between January 2023 and December 2025. **Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study. Eighty-eight patients with histopathologically confirmed diagnosis were included. Sociodemographic variables, risk factors, obstetric history, sexual behavior, clinical stage, histological type, and screening history were analyzed. Descriptive statistics and chi-square tests were used to explore associations. **Results:** The predominant age group was 36-40 years (28.4%), housewives (52.3%), single (61.4%), pre-university education (56.8%), smokers (58.0%), Black (44.3%), and multiparous (43.2%). Sexual debut between 14-19 years occurred in 60.2% and 3-4 partners in 40.9%. Squamous cell carcinoma was the most frequent (67.0%) and stage II the predominant (38.6%). 67.0% had no screening in the last 3 years. Smoking ($p=0.041$) and multiparity ($p=0.032$) were significantly associated with more advanced stages. **Conclusions:** The patient profile matches classical risk factors. The association between smoking, multiparity, and advanced stages, together with low screening coverage, reinforces the need to strengthen screening and preventive interventions in the province.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CCU) es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial, con una incidencia estimada de 604 000 casos nuevos y 342 000 muertes en 2020. En países de ingresos bajos y medios representa la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, con una carga desproporcionada en América Latina, África subsahariana y el Sudeste Asiático ⁽¹⁾. Más del 95 % de los casos se atribuye a la infección persistente por serotipos de alto riesgo del Virus del Papiloma Humano (VPH), especialmente los tipos 16 y 18, que causan cerca del 70 % de todos los CCU a nivel global ^(2,3).

La progresión desde la infección por VPH hasta el CCU invasor es lenta (10-15 años), lo que brinda una amplia ventana de oportunidad para la detección precoz mediante programas de tamizaje. La prueba de Papanicolaou ha sido el método más utilizado; sin embargo, su sensibilidad moderada (50-70 %) ha llevado a la incorporación de pruebas de detección de VPH de alto riesgo. La Organización Mundial de la Salud ha lanzado la Estrategia Global para Acelerar la Eliminación del Cáncer Cervicouterino, con metas para 2030: 90 % de vacunación contra VPH en niñas, 70 % de tamizaje con prueba de VPH de alto rendimiento y 90 % de tratamiento de lesiones precancerosas y cáncer invasor ⁽⁴⁾.

Diversos factores de riesgo actúan de forma sinérgica con la infección por VPH: inicio precoz de relaciones sexuales (<18 años), múltiples compañeros sexuales, multiparidad, tabaquismo, uso prolongado de anticonceptivos orales (>5 años), inmunosupresión, coinfección por otras ITS y bajo nivel socioeconómico ^(3,5).

En Cuba, el CCU representa un problema de salud prioritaria. Según el Anuario Estadístico de Salud, la tasa de incidencia ajustada por edad fue de 15,2 por 100 000 mujeres entre 2015-2020, y la mortalidad de 7,3 por 100 000, con 1590 casos nuevos y 442 muertes reportadas en 2024 ⁽⁶⁾. El Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino se implementó en 1967, pero persisten desafíos en la cobertura, la calidad del tamizaje y el seguimiento de mujeres con citologías anormales ⁽⁷⁾.

En la provincia de Matanzas, el Hospital Ginecobstétrico Provincial Docente "José Ramón López Tabrane" es el centro de referencia para el diagnóstico y tratamiento del CCU. Sin embargo, no existen estudios recientes que caractericen a las mujeres diagnosticadas en esta institución, lo que limita la capacidad de adaptar las intervenciones de prevención y control a las particularidades locales.

Por tal razón, se realiza una investigación con el objetivo de caracterizar las pacientes con diagnóstico de CCU atendidas en dicho centro entre enero de 2023 y diciembre de 2025.

MÉTODOS

Diseño y período de estudio

Estudio observacional, descriptivo y transversal. El período de investigación comprendió desde enero de 2023 hasta diciembre de 2025.

Universo y muestra

El universo estuvo constituido por todas las pacientes que acudieron a la consulta de patología de cuello del hospital durante el período de estudio (621 mujeres). La muestra fue seleccionada por muestreo no probabilístico consecutivo, incluyendo a todas las pacientes que cumplieron los criterios de selección hasta alcanzar el tamaño muestral estimado ($n=88$). El cálculo del tamaño muestral se realizó para una proporción esperada de factores de riesgo del 50 %, con un margen de error del 10 % y un nivel de confianza del 95 %, obteniéndose un tamaño mínimo de 96 pacientes; sin embargo, solo 88 cumplieron todos los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico histopatológico de CCU (carcinoma epidermoide, adenocarcinoma u otros). Edad ≥ 25 años. Con historia clínica completa disponible. Que aceptaron participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Pacientes con citología negativa o NIC sin progresión a carcinoma invasor. Diagnóstico previo de CCU tratado en otra institución. Histerectomía previa por otras causas. Embarazo actual.

Variables y Operacionalización

Las variables del estudio se agruparon en cinco categorías:

- 1-Sociodemográficas: edad, ocupación, estado civil, nivel escolar, raza.
- 2-Conductuales: hábito de fumar, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales.
- 3-Obstétricas: paridad (nulípara, secundípara, múltípara).

4-Clínicas: estadio clínico según clasificación FIGO⁸, tipo histológico, antecedentes de tamizaje (citología en los últimos 3 años), tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento.

5-Antecedentes: infecciones de transmisión sexual, uso de anticonceptivos orales.

Todas las variables se operacionalizaron en una tabla (no mostrada por razones de espacio) y se recogieron mediante una ficha de recolección ad hoc, codificando a cada paciente con un identificador alfanumérico (CCU-001 a CCU-088) para garantizar el anonimato.

Métodos y técnicas de investigación

Se utilizó la revisión documental de historias clínicas obstétricas y oncológicas, complementada con una entrevista estructurada aplicada a las pacientes. Se diseñó una ficha de recolección de datos con categorías predefinidas.

Procesamiento y análisis de los datos

Los datos se transcribieron a Microsoft Excel y se analizaron con SPSS v25. Se utilizó estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, y medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (DE, rango) para variables cuantitativas. Para explorar asociaciones entre factores de riesgo y estadio clínico se aplicó la prueba de chi-cuadrado, considerando significativo un valor $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y a la normativa ética vigente en Cuba. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación y el Consejo Científico del hospital. Se garantizó la confidencialidad mediante la disociación de los datos personales con códigos alfanuméricos. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todas las participantes (Anexo 1). Dado el carácter observacional y no intervencionista, el estudio no implicó riesgos adicionales a los de la práctica clínica habitual.

RESULTADOS

Se estudiaron 88 pacientes con diagnóstico confirmado de CCU. La edad media fue de 43,7 años (DE: 10,2; rango: 27-68). El grupo etario más frecuente fue el de 36-40 años (28,4 %), seguido por el de 41-45 años (20,5 %) y el de ≥ 56 años (13,6 %) (Tabla 1). La edad media al diagnóstico fue similar en todos los grupos raciales ($p=0,342$).

Tabla 1. Distribución por grupos de edades (N=88)

Grupo de edades	n	%
25-30 años	6	6,8
31-35 años	8	9,1
36-40 años	25	28,4
41-45 años	18	20,5
46-50 años	9	10,2
51-55 años	10	11,4
≥56 años	12	13,6

Fuente: Departamento de Archivo y Estadística del hospital.

En la Tabla 2 se resumen las características sociodemográficas, obstétricas y conductuales. Predominaron las amas de casa (52,3 %), solteras (61,4 %), nivel preuniversitario (56,8 %), raza negra (44,3 %), fumadoras (58,0 %) y multíparas (43,2 %). El inicio de relaciones sexuales entre 14-19 años ocurrió en el 60,2 % y el número de parejas sexuales de 3-4 fue el más frecuente (40,9 %). El 15,9 % refirió antecedentes de ITS y el 25,0 % había usado anticonceptivos orales por más de 5 años.

Tabla 2. Distribución según características sociodemográficas, obstétricas y conductuales (n=88)

Variable	Categoría	n	%
Ocupación	Ama de casa	46	52,3
	Trabajadora	42	47,7
Estado civil	Soltera	54	61,4
	Casada	34	38,6
Nivel escolar	Primaria	4	4,5
	Secundaria	21	23,9
	Preuniversitario	50	56,8
	Universitario	13	14,8
Raza	Blanca	20	22,7
	Negra	39	44,3
	Mestiza	29	33,0
Hábito de fumar	Sí	51	58,0
	No	37	42,0
Paridad	Nulípara	24	27,3
	Secundípara (1-2)	26	29,5
	Multípara (≥3)	38	43,2
Edad inicio sexual	<14 años	20	22,7
	14-19 años	53	60,2
	>20 años	15	17,1
Número de parejas	≤2	34	38,6

	3-4	36	40,9
	≥5	18	20,5
Antecedentes de ITS	Sí	14	15,9
	No	74	84,1
Anticonceptivos orales >5 años	Sí	22	25,0
	No	66	75,0

Fuente: Historias clínicas y entrevistas.

En cuanto a las características clínicas (Tabla 3), el carcinoma epidermoide fue el tipo histológico más frecuente (67,0 %), seguido del adenocarcinoma (23,9 %) y otros tipos (9,1 %). El estadio clínico según FIGO predominó en el estadio II (38,6 %), seguido del estadio I (31,8 %), estadio III (19,3 %) y estadio IV (10,2 %). El 67,0 % de las pacientes no tenía tamizaje en los últimos 3 años, y el 70,5 % refirió que su última citología había sido hace más de 5 años. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento fue de 28,5 días (DE: 12,3; rango: 5-65).

Tabla 3. Distribución según características clínicas (N=88)

Variable	Categoría	n	%
Tipo histológico	Carcinoma epidermoide	59	67,0
	Adenocarcinoma	21	23,9
	Otros	8	9,1
Estadio clínico (FIGO)	I	28	31,8
	II	34	38,6
	III	17	19,3
	IV	9	10,2
Tamizaje en últimos 3 años	Sí	29	33,0
	No	59	67,0
Tiempo diagnóstico-tratamiento	Media (DE)	28,5 (12,3) días	-

Fuente: Historias clínicas oncológicas.

El análisis de asociación entre factores de riesgo y estadio clínico (Tabla 4) mostró que el tabaquismo se asoció significativamente con estadios más avanzados (III-IV) ($p=0,041$), así como la multiparidad ($p=0,032$). La edad de inicio de relaciones sexuales ($p=0,184$), el número de parejas ($p=0,209$) y el nivel educacional ($p=0,312$) no mostraron asociación estadísticamente significativa en esta serie.

Tabla 4. Distribución según asociación entre factores de riesgo y estadio clínico avanzado (III-IV) (N=88)

Factor de riesgo	Estadio I-II (n=62)	Estadio III-IV (n=26)	p
Tabaquismo			
Sí (n=51)	31 (60,8%)	20 (39,2%)	0,041*
No (n=37)	31 (83,8%)	6 (16,2%)	
Paridad			
Múltipara (n=38)	21 (55,3%)	17 (44,7%)	0,032*
No múltipara (n=50)	41 (82,0%)	9 (18,0%)	
Inicio sexual <14 años (n=20)	12 (60,0%)	8 (40,0%)	0,184
Inicio ≥14 años (n=68)	50 (73,5%)	18 (26,5%)	
Parejas ≥3 (n=54)	35 (64,8%)	19 (35,2%)	0,209
Parejas ≤2 (n=34)	27 (79,4%)	7 (20,6%)	

*Prueba de chi-cuadrado, $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

En la presente serie, el grupo etario más afectado fue el de 36-40 años (28,4 %), similar a lo reportado por Hermida Lazcano ⁽⁹⁾ en Cuba (30-35 años, 52 %) y por Palma Osorio et al., ⁽¹⁰⁾ en Paraguay. Esta distribución refleja el largo período de latencia de la enfermedad, que se manifiesta entre los 35 y 55 años ⁽¹¹⁾. La edad media de 43,7 años es comparable a la de otros estudios latinoamericanos ⁽¹²⁾.

El predominio de amas de casa (52,3 %) y de solteras (61,4 %) coincide con estudios previos en Cuba ^(9,13). La condición de ama de casa, en contextos de bajos ingresos, puede limitar el acceso a información y servicios de salud ⁽¹⁴⁾. El estado civil soltero se asocia con mayor número de parejas sexuales y menor estabilidad de las relaciones, lo que incrementa la exposición al VPH ⁽¹⁵⁾.

En cuanto al nivel educacional, el preuniversitario fue predominante (56,8 %), similar a lo obtenido por Matos Bisset (58 %) ⁽¹⁶⁾. En Cuba, la alta cobertura educativa explica el predominio de niveles medios y superiores ⁽¹⁷⁾.

El hábito de fumar (58,0 %) fue muy superior al 20-30 % reportado en la población general de mujeres cubanas ⁽¹⁸⁾. El mecanismo carcinogénico implica la presencia de nicotina y cotinina en el moco cervical, que promueven daño al ADN e inflamación crónica ⁽¹⁹⁾. El hallazgo de una asociación significativa entre tabaquismo y estadios avanzados ($p=0,041$) coincide con el metaanálisis de Applebaum, que reportó un RR de 2,5 (IC 95 %: 2,1-3,0) para CCU en fumadoras activas ⁽²⁰⁾.

La raza negra fue la más afectada (44,3 %), lo que coincide con reportes de EE.UU. y el Caribe donde la incidencia y mortalidad son más altas en mujeres afrodescendientes ^(21,22). En Cuba, aunque el sistema de salud es universal, persisten desigualdades sociales que podrían explicar estas diferencias ⁽²³⁾.

Las multíparas constituyeron el 43,2 % y se asociaron significativamente con estadios más avanzados ($p=0,032$). Este resultado coincide con la hipótesis de que los traumatismos repetidos del cuello uterino durante partos favorecen la exposición del epitelio de transformación a carcinógenos ^(24,25). Diversos estudios ^(26,29,30) confirmaron que la multiparidad aumenta el riesgo de NIC 3 o peor en mujeres con infección persistente por VPH.

El inicio de relaciones sexuales entre 14-19 años (60,2 %) y el número de parejas de 3-4 (40,9 %) son factores de riesgo bien documentados ⁽²⁷⁾. Aunque en esta serie no se asociaron significativamente con estadios avanzados, su alta frecuencia confirma su papel en la carcinogénesis.

El predominio del carcinoma epidermoide (67,0 %) y del estadio II (38,6 %) al diagnóstico es consistente con la literatura, donde el epidermoide es el tipo más frecuente y el diagnóstico suele realizarse en estadios intermedios en países en desarrollo ⁽²⁸⁾. La baja frecuencia de tamizaje en los últimos 3 años (33,0 %) es un hallazgo preocupante que explica el diagnóstico en estadios avanzados. Datos del Ministerio de Salud Pública muestran una cobertura de tamizaje en Cuba de aproximadamente 60-70 %, pero con importantes variaciones provinciales ⁽⁶⁾. El tiempo medio diagnóstico-tratamiento de 28,5 días es aceptable según estándares internacionales (<60 días).

El principal hallazgo de este estudio es la asociación entre tabaquismo y multiparidad con estadios clínicos más avanzados, lo que sugiere que estos factores no solo aumentan el riesgo de desarrollar CCU, sino también de presentarlo en fases más agresivas. Este hallazgo tiene implicaciones importantes para las estrategias de prevención y pesquisa, ya que las mujeres con estos factores de riesgo deberían ser consideradas de mayor prioridad para el tamizaje y seguimiento.

Limitaciones

El tamaño muestral ($n=88$) es limitado para análisis multivariados y proviene de un único hospital (sesgo de selección). La ausencia de grupo control impide calcular medidas de asociación. No se realizó tipificación de VPH ni se registraron datos nutricionales. El autorreporte de conductas sexuales introduce sesgos de memoria y deseabilidad social. La recolección mediante historias clínicas dependió de la calidad

del registro previo. La raza se basó en autodeclaración, sin reflejo de determinantes sociales complejos. Al ser unicéntrico, los hallazgos no son generalizables a otras provincias o países. A pesar de ello, el estudio aporta información relevante sobre el perfil epidemiológico en Matanzas y sienta base para futuras investigaciones analíticas.

CONCLUSIONES

En la serie estudiada, el CCU predominó en mujeres de 36-40 años (28,4 %), amas de casa (52,3 %), solteras (61,4 %) y nivel preuniversitario (56,8 %). El tabaquismo (58,0 %), la multiparidad (43,2 %), el inicio sexual precoz (60,2 %) y el número de parejas 3-4 (40,9 %) fueron los principales factores de riesgo. El carcinoma epidermoide fue el tipo más frecuente (67,0 %) y el estadio II (38,6 %) el predominante. El 67,0 % de las pacientes no tenía tamizaje en los últimos 3 años. El tabaquismo ($p=0,041$) y la multiparidad ($p=0,032$) se asociaron significativamente con estadios avanzados. Estos resultados confirman la importancia de los factores de riesgo modificables y la necesidad de fortalecer los programas de tamizaje y educación sexual en la provincia. Se recomienda priorizar el seguimiento de mujeres fumadoras y multíparas, garantizar el acceso universal al tamizaje y evaluar la implementación de pruebas de VPH como método de pesquisa primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49. doi:10.3322/caac.21660
2. Singh D, Vignat J, Lorenzoni V, et al. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *Lancet Glob Health.* 2023;11(2):e197-e206. doi:10.1016/S2214-109X(22)00501-0
3. Liu Y, Ai H. Comprehensive insights into human papillomavirus and cervical cancer: Pathophysiology, screening, and vaccination strategies. *Biochim Biophys Acta Rev Cancer.* 2024;1879(6):189192. doi:10.1016/j.bbcan.2024.189192
4. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; [Internet] 2020 [citado 24/11/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>

5. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS, et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*. 2002;359(9312):1093-101. doi:10.1016/S0140-6736(02)08151-5
6. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Anuario Estadístico de Salud 2024. La Habana: MINSAP; [Internet] 2025 [citado 24/11/2025]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2025/05/Anuario-Estadistico-de-Salud-2024.pdf>
7. Figueredo Fonseca M, Fernández Núñez D, Hidalgo Rodríguez M, Rodríguez Reúna R, Álvarez Paneque T. Intervención educativa sobre cáncer cervicouterino. *Multimed*. [Internet] 2021 [citado 24/11/2025];23(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000400731
8. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;155(Suppl 1):28-44. doi:10.1002/ijgo.13865
9. Hermida Lazcano I. Caracterización de mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. [Internet] 2021 [citado 24/11/2025];47(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2021000200007
10. Palma Osorio M, Romero Flores AD, Torres Mesa AI. Factores de riesgo en las lesiones intraepiteliales del cuello uterino. *Rev Finlay*. [Internet] 2019 [citado 24/11/2025];9(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342019000400291
11. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2008;110(3 Suppl 2):S4-7. doi:10.1016/j.ygyno.2008.07.045
12. Cuzick J, Arbyn M, Sankaranarayanan R, Tsu V, Ronco G, Mayrand MH, et al. Overview of human papillomavirus-based and other novel options for cervical cancer screening in developed and developing countries. *Vaccine*. 2008;26(Suppl 10):K29-41. doi:10.1016/j.vaccine.2008.06.019
13. 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*. [Internet] 2020 [citado 24/11/2025];18(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000400685

14. Akinyemiju TF. Socio-economic and health access determinants of breast and cervical cancer screening in low-income countries: analysis of the World Health Survey. PLoS One. 2012;7(11):e48834. doi:10.1371/journal.pone.0048834

15. Wang X, Ji Y, Liu J, Li X, Jiang J. Marital status and the risk of cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2020;99(51):e23554. doi:10.1097/MD.00000000000023554

16. Matos Bisset A, Ali Pérez NA, Padrón Castillo M, Matos Bayeau AA, Cuevas Ramos B. Eficacia de la intervención educativa sobre el conocimiento del cáncer cervicouterino. Acta Méd Centro [Internet]. 2019 [citado 24/11/2025];13(4):552-61. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/987>

17. Díaz Brito Y, Báez Pupo MM, Pérez Rivero JL, García Placeres M. Presencia de algunos factores de riesgo de cáncer de cérvix en mujeres con citologías normales. Rev Cub Med Gen Integr. [Internet] 2014 [citado 24/11/2025];30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200005

18. Fernández Milán AM. Tabaquismo y su relación con otros factores de riesgo aterogénico en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Med. [Internet] 2021 [citado 24/11/2025];60(2):1-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmed/cm-2021/cm212f.pdf>

19. Hecht SS, Hatsukami DK. Smokeless tobacco and cigarette smoking: chemical mechanisms and cancer prevention. *Nat Rev Cancer*. 2022;22(3):143-155. doi:10.1038/s41568-021-00423-4

20. Applebaum KM, Furniss CS, Zeka A, Posner MR, Smith JF, Bryan J, et al. Lack of association of alcohol and tobacco with HPV16-associated head and neck cancer. J Natl Cancer Inst. 2007;99(23):1801-10. doi:10.1093/jnci/djm234

21. Clarke MA, Devesa SS, Hammer A, Wentzensen N. Racial and Ethnic Differences in Hysterectomy-Corrected Uterine Corpus Cancer Mortality by Stage and Histologic Subtype. *JAMA Oncol*. 2022;8(6):895-903. doi:10.1001/jamaoncol.2022.0009

22. Gopalani SV, Sawaya GF, Rositch AF, et al. The impact of adjusting for hysterectomy prevalence on cervical cancer incidence rates and

trends among women aged 30 years or older-United States, 2001-2019. *Am J Epidemiol.* 2024;193(8):1097-1105.
doi:10.1093/aje/kwae041

23. Chacón Estrada L, Robert Brady Y, Martínez Casanova M. Desigualdades por condición racial en el complejo Osha-Ifá de Sagua la Grande. Ch [Internet]. 2024 [citado 24/11/2025];(25):176-95. Available from:
<https://chakinan.unach.edu.ec/index.php/chakinan/article/view/1161>

24. Tamayo Lien TG, Varona Sánchez J, Borrego López J, Areces Delgado G. Relación colpohistológica en lesiones de cuello de alto grado. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* [Internet] 2010 [citado 24/11/2025]; 36(3). Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n3/gin12310.pdf>

25. Hewavisenti RV, Arena J, Ahlenstiel CL, Sasson SC. Human papillomavirus in the setting of immunodeficiency: Pathogenesis and the emergence of next-generation therapies to reduce the high associated cancer risk. *Front Immunol.* 2023;14:1112513.
doi:10.3389/fimmu.2023.1112513

26. Jensen KE, Schmiedel S, Frederiksen K, Norrild B, Iftner T, Kjær SK. Risk for cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse in relation to parity among women with persistent human papillomavirus infection: a cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2012;21(11):1949-55. doi:10.1158/1055-9965.EPI-12-0434

27. Oyouni AAA. Human papillomavirus in cancer: Infection, disease transmission, and progress in vaccines. *J Infect Public Health.* 2023;16(4):626-631. doi:10.1016/j.jiph.2023.02.014

28. Nelson CW, Mirabello L. Human papillomavirus genomics: Understanding carcinogenicity. *Tumour Virus Res.* 2023;15:200258. doi:10.1016/j.tvr.2023.200258.

29. Harper DM, Navarro-Alonso JA, Bosch FX, et al. Impact of human papillomavirus vaccines in the reduction of infection, precursor lesions, and cervical cancer: A systematic literature review. *Hum Vaccin Immunother.* 2025;21(1):2497608. doi:10.1080/21645515.2025.2497608

30. Henschke N, Bergman H, Buckley BS, et al. Effects of human papillomavirus (HPV) vaccination programmes on community rates of HPV-related disease and harms from vaccination. *Cochrane Database Syst Rev.* 2025;11(11):CD015363. doi:10.1002/14651858.CD015363.pub2

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

LGD: Conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador, redacción, revisión y edición del trabajo final.

SGG: Conceptualización, curación de datos, investigación, metodología validación, visualización, redacción del borrador, redacción, revisión y edición del trabajo final.

GGR: Conceptualización, curación de datos, investigación, metodología validación, visualización, redacción del borrador, redacción, revisión y edición del trabajo final.

AHLR: Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión.

JLHC: Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión.

SRG: Conceptualización, investigación y supervisión.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del artículo.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial en la redacción de este manuscrito.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información para la participante

Estimada paciente:

Se le invita a formar parte de un estudio de investigación titulado: **"Caracterización clínica de pacientes con cáncer cervicouterino en el Hospital Ginecobstétrico Provincial de Matanzas"**. Este estudio tiene como objetivo principal caracterizar a las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino atendidas en esta institución, con el fin de contribuir al conocimiento de esta enfermedad en nuestro medio y mejorar la atención que se ofrece.

Su participación es totalmente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento, sin que esto afecte la atención médica que usted recibe, su relación con el personal de salud o cualquier otro derecho que le corresponda como paciente.

¿En qué consiste su participación?

Si decide participar, se le realizará:

1. La revisión de los datos contenidos en su historia clínica oncológica y obstétrica.
2. Una entrevista estructurada sobre sus antecedentes personales, obstétricos y conductas de salud.
3. El registro de información sociodemográfica y clínica en una ficha de recolección de datos diseñada específicamente para esta investigación.

Todo el proceso se realizará sin intervenir ni modificar las decisiones médicas establecidas por el equipo de salud que la atiende.

¿Cuáles son los posibles beneficios?

- Contribuir al conocimiento científico sobre el cáncer cervicouterino en nuestra población.
- Recibir información detallada sobre su condición y las opciones de tratamiento.
- Contribuir a la mejora de los protocolos de atención para futuras pacientes.

¿Existen riesgos?

La investigación no implica ningún riesgo adicional para usted, más allá

de los inherentes a la práctica clínica habitual. No se realizará ninguna intervención experimental ni se modificará el manejo establecido por su médico.

Confidencialidad:

Se garantiza la más estricta confidencialidad de todos sus datos personales y clínicos. Su identidad no será revelada en ningún informe, publicación o presentación de los resultados. Para ello, toda la información será disociada mediante un sistema de códigos alfanuméricos (ej. CCU-001, CCU-002), sin que aparezcan nombres, apellidos o números de identidad personal. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos, que serán utilizados exclusivamente con fines científicos y de mejora de la atención sanitaria.

¿Tiene alguna obligación?

No. Su participación es completamente libre y voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello afecte la calidad de la atención médica que usted recibe.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, con
número de carné de identidad _____,

- He leído (o me han leído) la información contenida en este documento.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas claras y satisfactorias.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin que ello afecte mi atención médica.
- Comprendo que mis datos serán tratados de forma confidencial y anónima.

Por lo tanto, acepto participar en este estudio de manera libre e informada.

Firma de la participante: _____ Fecha: _____

Nombre y apellidos: _____

Firma del investigador: _____ Fecha: _____

Nombre y apellidos:

Firma del testigo (si aplica): _____ Fecha:

Nombre y apellidos:



Los artículos de la **Revista MedEst** se comparten bajo los términos de la licencia de
Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional
Email: revmdest.mtz@infomed.sld.cu Sitio Web: www.revmedest.sld.cu

