



REVISION

La vida sexual insegura como riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres con displasia cervical

The insecure sex life like a risk for cervical cancer in womens with cervical dysplasia

Reyna Yaneth Villanueva González¹, Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma²

¹ Estudiante de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Estudios Superiores Elise Freinet médico auxiliar en epidemiología HGZ MF 1 IMSS, Pachuca de Soto Hidalgo. México

² Departamento de Medicina, Coordinador de la Maestría en Salud Pública en UAEH. Profesor en Maestría en Salud Pública del Instituto Elise Freinet, Pachuca Hidalgo, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dcsbjcarlos@gmail.com (Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma).

Recibido el 1 de noviembre de 2018; aceptado el 27 de marzo de 2019.

Como citar este artículo:

Villanueva González RY, Ruvalcaba Ledezma JC. La vida sexual insegura como riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres con displasia cervical. JONNPR. 2019;4(5):537-50. DOI: 10.19230/jonnpr.2834

How to cite this paper:

Villanueva González RY, Ruvalcaba Ledezma JC. The insecure sex life like a risk for cervical cancer in womens with cervical dysplasia. JONNPR. 2019;4(5):537-50. DOI: 10.19230/jonnpr.2834



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

Resumen

El cáncer cervicouterino es un padecimiento de origen maligno que impacta a mujeres principalmente mayores de 50 años, ocupa el 2º lugar de cáncer en mujeres a nivel mundial, en México ocupa el 7º lugar. La historia natural del cáncer cervicouterino denota lesiones premalignas conocidas como displasias cervicales que a su vez son identificadas como: neoplasia intraepitelial cervical I o leve, neoplasia intraepitelial cervical II (moderada) y III (severa) por último el carcinoma in situ que es una lesión inicial del cáncer cervicouterino. La mayor frecuencia de este, es usualmente en edades mayores a los 50 años, pero en la actualidad se han detectado casos en mujeres de edad de 30 años dependiendo de los factores de riesgo que rodean a la población femenina de origen sexual, reproductivos, sociales, psicológicos, entre otros. La correlación entre la infección por VPH y CaCU depende de la omisión del uso de preservativo o condón, el inicio de vida sexual en la adolescencia, la sexualidad insegura, más de 3 parejas sexuales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, primer embarazo durante la adolescencia, así como el número de embarazos y el tipo de resolución, son las más frecuentes causas



de la aparición temprana de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Aunque se sabe esto último, los resultados son negativos, ya que se ha incrementado la prevalencia de cáncer cervicouterino.

Palabras clave

Vida sexual; factor de riesgo; cáncer cervicouterino; displasia cervical

Abstract

Cervical cancer is a malignant disease that affects women mainly over 50 years old, ranks 2nd in cancer in women worldwide, in Mexico ranks 7th. The natural history of cervical cancer denotes premalignant lesions known as cervical dysplasias which in turn are identified as: cervical I or mild intraepithelial neoplasia, cervical intraepithelial neoplasia II (moderate) and III (severe) finally the carcinoma in situ which is a lesion Initial cervical cancer. The greater frequency of this, is usually in ages older than 50 years, but at present cases have been detected in women of 30 years of age depending on the risk factors that surround the female population of sexual, reproductive, social origin, psychological, among others. The correlation between HPV infection and CaCU depends on the omission of condom or condom use, the initiation of sexual life in adolescence, unsafe sexuality, more than 3 sexual partners, history of sexually transmitted infections, first pregnancy during Adolescence, as well as the number of pregnancies and the type of resolution, are the most frequent causes of the early onset of precursor lesions of cervical cancer. Although the latter is known, the results are negative, since the prevalence of cervical cancer has increased.

Keywords

Sex life; risk factor; cervical cancer; cervical dysplasia

Introducción

Displasia es una lesión que ocurre en el epitelio del cuello uterino, considerado como lesión intraepitelial escamosa del exocervix y endocervix, dependiendo de su estirpe histológica y su extensión, esta conlleva al desarrollo en un tiempo de mediano plazo la aparición del cáncer cervicouterino⁽¹⁾.

El cáncer cervicouterino es uno de los más comunes, ya que ocupa el segundo lugar a nivel mundial, con mayor frecuencia se encuentra en poblaciones pobres y con escolaridad básica; aunque se conoce los métodos diagnósticos de primer nivel de atención hasta segundo o tercer nivel la oportunidad de detección se reporta tardíamente, el principal método diagnóstico es la citología cervical la cual detecta los diagnósticos sospechosos y es de fácil acceso a toda la población; seguido de un auxiliar de diagnóstico como la colposcopia que nos permite tener acceso a un diagnóstico definitivo como es la *biopsia cervical* considerado con estándar de oro, apoyado por el reporte histopatológico⁽¹⁾.



Hay aspectos de riesgos que conllevan a lesiones cervicales comúnmente son: inicio de vida sexual, primer embarazo o parto antes de los 18 años, la falta de uso correcto de métodos anticonceptivos como los preservativos, la multiparidad, infecciones agregadas como virus de papiloma humano siendo la causa más frecuente entre otros que se relacionan con aspectos de la vida sexual⁽²⁾.

En 2014 la organización panamericana de la salud y organización mundial de salud (OPS/OMS) demuestran que hay cáncer cervicouterino con mayor incidencia en Brasil, Paraguay, Perú, con menor incidencia en Cuba y Puerto Rico. Cada año hay 500.000 casos nuevos por año de cáncer a nivel mundial comparando con 550.000 muertes en mujeres procedentes de países subdesarrollados. La mayoría de las mujeres se diagnostican por medio de las citologías con resultados anormales y se complican hasta la muerte por no dar seguimiento a estas alteraciones llamadas displasias⁽²⁾.

Clínica del cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino se manifiesta con síntomas leves que pasan desapercibidos como flujo seropurulento, hemorragias inter-menstruales, poscoitales, ciclos menstruales abundantes, flujo fétido (infección agregada), cistitis recurrente, urgencia urinaria y poliuria, dolor de espalda o en pelvis, cansancio por anemia (manifestado por fatiga), edema de extremidades inferiores, hematuria, obstrucción intestinal, mediante la exploración vaginal y cervical por medio de citología cervical (papnicolaou) o colposcopia puede observarse lesiones ulceradas que son las más frecuentes; dependiendo del tipo histológico serán los síntomas⁽³⁾.

Una forma temprana de cáncer invasor es el carcinoma microinvasor el cual se caracteriza por invadir (menos de 5mm) de ahí evoluciona a pequeño nódulo; conforme avanza la invasión y es cuando se vuelve evidente la sintomatología. Mediante la exploración cervical se puede observar superficie rugosa, eritematosa y friable (sangra con el tacto). Las lesiones avanzan hacia el endocervix hasta rebasar los 5-6 cm se muestra un cuello abultado, continuando con la invasión el cáncer se vuelve asintomático, hasta que la manifestación es evidente siendo en etapas avanzadas con menos efecto al tratamiento empleado⁽³⁾.

Los síntomas agregados secundarios a la invasión del cáncer en fases tardías son: afectación vaginal, pared de pelvis, vejiga urinaria y el recto, compresión de uréteres con o sin obstrucción, hidronefrosis hasta una insuficiencia renal, invasión local o metástasis a ganglios linfáticos regionales. La metástasis más frecuente es a ganglios paraaórticos que puede atravesar los ganglios e invadir vertebras o raíces nerviosas y provoca dolor muscular; al comprimir vasos pélvicos se produce edema de miembros inferiores; otra forma es la



diseminación hematológica en vértebras lumbares sin invasión ganglionar iniciando con la etapa de metástasis a distancia afectando a pulmón, hígado y huesos⁽⁴⁾.

Epidemiología

Cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más frecuente a nivel mundial entre las mujeres con aproximadamente 530.232 casos 2015 donde cerca del 85% es en países en desarrollo según la OMS, teniendo una incidencia de más de 30 por cada 100.000 mujeres⁽⁵⁾.

La prevalencia mundial del 2014 en las lesiones pre invasoras es de 10 al 15 % teniendo como mayor frecuencia de neoplasia intraepitelial cervical I, en mujeres entre los 25 y 45 años de edad, pero la incidencia actual es preocupante ya que se presenta en edades menores de 25 años, teniendo como factor riesgo para el desarrollo de cáncer cervicouterino a temprana edad. Las tasas de mortalidad a nivel global son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en otros países desarrollados⁽⁶⁾.

En México durante el 2014, en el grupo de mujeres de 25 años y más, se registraron 3.771 defunciones en mujeres con una tasa de 11,3 defunciones por cada 100.000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino son Morelos, Chiapas y Veracruz⁽⁷⁾.

En el 2016 se registró una tasa de cáncer cervicouterino de 35,24 por cada 100.000 mujeres de ahí se obtiene 0,68% a nivel mundial de casos de cáncer cervicouterino, una tasa de 1,1% en México y en Hidalgo 0,85%, todos relacionados al 100% con una práctica de sexo inseguro; A nivel mundial en el 2016 el país con mayor incidencia de Cáncer cervicouterino es: India con 533.149,64 casos/año femeninas ente 15 a 49 años, seguido de China con 470.092,74 casos/año. En Hidalgo se reporta en el año 2016 con 1.186,34 casos nuevos por año en mujeres de 15 a 49 años de edad; presentando un factor de riesgo frecuente e importante la actividad sexual insegura o *sexo inseguro* siendo un porcentaje de 3.42% de los factores y siendo el 100% de todos los canceres; se presenta casi 25,48 muertes por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años anualmente; ocupando el 4,24% de las muertes en Hidalgo⁽⁷⁾.

Histología de displasia cervical y cáncer cervicouterino

Las lesiones intraepitelial o displasias cervicales se consideran lesiones pre malignas, de aquí se clasifican según la afectación del epitelio y su espesor. En México se ha detectado asociación con VPH como causa principal y este a su vez asociado a una vida sexual insegura; frecuente en mujeres jóvenes puede permanecer en periodo de latencia hasta desarrollar lesiones de displasia y sin control puede progresar a cáncer cervicouterino. La mayoría de las



displasias cursan periodos asintomáticos y son detectadas por medio de citología cervico vaginal, colposcopia o detección de ADN-VPH y el diagnóstico definitivo es por medio de la biopsia y lectura de resultado histológico, de ahí proviene la clasificación de las displasias⁽⁸⁾.

Desde el siglo XIX se identifica el termino de precursores del cáncer cervicouterino, es en 1932 cuando se implementa el termino Carcinoma In Situ para designar a las lesiones con células carcinomatosas en el endocervix. En los años 1950 se agrega el término de Displasia cervical para designar atipia en el epitelio cervical y se divide en 3 grupos: Leve, Moderada, Severa; se dieron cuenta que la relación de progresión de la displasia a cáncer dependía del grado histológico que se identificaba y es en 1968 que se introdujo el termino Neoplasia Intraepitelial Cervical la cual se divide en 3 grados según Richard⁽⁹⁾.

- ✓ Neoplasia Intraepitelial Cervical I : neoplasia leve
- ✓ Neoplasia Intraepitelial Cervical II: neoplasia moderada
- ✓ Neoplasia Intraepitelial Cervical III: neoplasia grave
- ✓ Carcinoma in situ

En 1980 se identificaron más lesiones histológicas relacionadas con el VPH se ha observado las células llamadas *coilocitos* que son células atípicas. En 1990 se identificaron las Neoplasias Intraepitelial Cervicales de bajo grado que incluye neoplasia intraepitelial cervical I y la infección de VPH; seguido de las Neoplasias Intraepitelial cervicales de alto grado, que incluyen neoplasia intraepitelial cervical II y III consideradas como precursoras de cáncer cervicouterino⁽¹⁰⁾.

El instituto nacional de cáncer de los EE.UU. basado en sus recomendaciones de 1991 creó la clasificación de ***BETHESDA**⁽¹⁰⁾.

1. Lesión intraepitelial escamosa bajo grado (LIEBG)
 - a. Infección de VPH y condilomas
2. Lesión intraepitelial escamosa alto grado (LIEAG)
3. Lesiones neoplasias intraepitelial cervical II y III

Es en el 2001 que el instituto nacional de cáncer en EE.UU conjuntamente con 44 sociedades profesionales de más de 20 países, se modificó la clasificación⁽¹⁰⁾.

Factores de riesgo para cáncer cervicouterino

Los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cervicouterino, se pueden identificarse más de 4 tipos⁽¹¹⁾.

1. Factores biológicos:
 - a. Factores ginecológico - obstétricos:
 - i. *Edad 1er embarazo*



Antecedente de infección de virus de papiloma humano

El VPH clínicamente se puede distinguir 3 formas de presentación: la llamada clínica donde aparecen los condilomas o verrugas ano genitales; la forma subclínica donde se asocia con la detección tardía por colposcopia con presencia de ulceraciones o positivo con ácido acético 3-5% y la forma latente la cual se asocia con el resultado de hibridación molecular del ADN-VPH, para confirmar el serotipo de virus y así poder diferenciar en los oncológicos y no oncológicos⁽¹²⁾.

La infección por el virus del papiloma humano es el factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino se conoce cerca de 150 virus relacionados. Los principales serotipos que se asocian a la aparición de verrugas genitales provocando lesiones de bajo grado en el cérvix asociado al virus 6 y 11, y alternado con otros serotipos que se consideran de alto riesgo por la vinculación con el cáncer cervicouterino, vagina, vulva, pene, ano, boca y garganta según sea el caso⁽¹³⁾.

La forma de propagación es infectando la superficie de piel en área genital o estructuras de ano, boca y garganta pero no infecta la sangre u órganos internos. Dependiendo de las formas sintomáticas como verrugas, condilomas al igual del sitio de instalación ya sea genital o extra-genital y la correlación de infección por virus de papiloma humano del serotipo 16 y 18, eso desarrollará la evolución de una lesión pre-maligna a cáncer cervicouterino⁽¹⁴⁾.

Existen diferentes métodos de identificación del VPH como: la citología cervical, donde se visualizan las células características llamadas coilocitos, disqueratocitos y binucleación (descritas en 1949 por Ayre); colposcopia con visualización directa de canal vaginal y cérvix donde se permite observar macroscópicamente lesiones del cérvix como úlceras tumoraciones etc. dando pie a la toma de biopsia; histología es el estándar de oro para el diagnóstico de la infección por virus de papiloma humano y de las lesiones intraepitelial, como las displasias o el cáncer; la tipificación del virus tiene una alta sensibilidad y especificidad permite conjuntamente con la hibridación diferenciar el serotipo de virus de papiloma humano y así identificar los oncológicos, serología de anticuerpos⁽¹⁵⁾.

Inicio de vida sexual menor de 20 años

La frecuencia de la población femenina al iniciar vida sexual es antes de los 20 años de edad especialmente a los 18 años, tuvieron mayor riesgo de padecer displasia cervical leve o neoplasia intraepitelial cervical I, con un 52,1% las mujeres con displasia cervical con inicio de vida sexual entre los 15 a 18 años de edad y con un 31,2% antes de los 15 años, según la revista de la universidad de Cien fuegos en el 2016⁽¹⁶⁾.



El inicio de una vida sexual después de los 19 años de edad reduce 4 veces menos el riesgo para cáncer cervicouterino, demostrando que si todas las mujeres que inicien vida sexual después de los 20 años solo el 40% tendrá el riesgo de padecer cáncer de cérvix⁽¹⁷⁾.

La influencia de la temprana edad de iniciar vida sexual es secundaria a la inmadurez de las células del cuello uterino que son propias de los adolescentes, esto hace que la infección de virus de papiloma humano sea más rápida y accesible en el tracto genital, ahora aunado al número de parejas sexuales aumenta el riesgo⁽¹⁸⁾.

Edad del primer embarazo

La edad adecuada desde el punto de vista fisiológico y anatómico es entre los 25-49 años de edad, dado que los cambios físicos son aptos para la gestación y procurar la vida del binomio, con una disminución del riesgo a muerte o morbilidades de alto grado de incapacidad. Es por ello la preocupación en los adolescentes ya que aumenta el número de embarazos en menores de 20 años esto asociado con experimentar su vida sexual con mayor incidencia entre los 15 a 18 años edad donde aún no se cuenta con el conocimiento apropiado del cuidado personal y de pareja durante la vida sexual⁽¹⁹⁾.

El riesgo que se relaciona con la edad menor a 20 años en el primer embarazo es debido a la inmadurez del cuello uterino y con ello la vulnerabilidad de la gestación conlleva al desarrollo apresurado de infecciones como la del VPH que permitan el cambio celular cervical y así la pronta aparición de lesiones intraepiteliales o displasia cervical⁽¹⁹⁾.

Número de embarazos (parto, cesárea, aborto)

La multiparidad es otro de los factores que consideran una inmunosupresión y disminución de los folatos en la sangre, estos elementos asocian al incremento de las lesiones intraepiteliales, mientras más embarazos tenga la mujer y más aún si esta es adolescente, la falta de desarrollo fisiológico y anatómico del útero y cérvix y mayor asociación con partos más de 3 y abortos instrumentados conlleva a lesiones de tipo displásicas⁽²⁰⁾.

Número de parejas sexuales

La relación del inicio de vida sexual antes de los 20 años, en adolescentes es factor de susceptibilidad para el fomento de más de 2 parejas sexuales durante su vida. El aumento de las parejas sexuales se relaciona a tener actividades sexuales sin uso de condón esto conlleva a la probabilidad de infecciones de transmisión sexual siendo la más frecuente VPH u otras. Se debe tener en cuenta que no tan solo el número de parejas sexuales que presenta la población



femenina es el riesgo de infección o desarrollo de displasia, sino también considerar el número de parejas sexuales de la pareja con la que actualmente lleva vida sexual⁽²¹⁾.

Uso de métodos de barrera

La adolescencia es la etapa de desarrollo integral del individuo, es aquí donde hay mayor impacto en su entorno social es por ello que el promedio de inicio de vida sexual es de 12-16 años en los hombres mientras que en las mujeres es de 15-18, a pesar de los múltiples conocimientos sobre anticonceptivos aun el uso es bajo a comparación de lo que se espera. Una investigación en Perú 2014 revela que el 25 % de las mujeres de 15 a 19 años mantienen vida sexual y el 11% de los hombres de la misma edad; además refiere que el 37,1% utiliza un método el 29,2% no lo utiliza durante la actividad sexual. Las razones por las cuales inician vida sexual son por la necesidad de conocer, experimentar y para aumentar el amor entre la pareja⁽²²⁾.

Antecedentes de infección de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual son por su nombre atribuibles a la vida sexual del individuo; hay diversos tipos y por ello presentan diferente sintomatología, hay unas severas que tras tratamiento adecuado mejora y otras que no cuentan con tratamiento y eso fomenta a ser portadores de dichas infecciones. Un ejemplo de las infecciones curables son por ejemplo sífilis, gonorrea, chancro blando, trichomoniasis, candidiasis, vaginosis bacteriana, gardenella, entre otras; de las que son incurables encontramos (VIH/SIDA), herpes genital o zoster, verrugas genitales, condilomas, hepatitis B y C, infección por virus de papiloma humano⁽²³⁾.

La mayor incidencia en América Latina es en población adolescente y joven de 15 a 30 años siendo más vulnerables de 15-17 años por las consecuencias más graves que puede llevar, los factores que se asocian a la aparición de las infecciones en este grupo de edades es por temor, ignorancia, timidez o inexperiencia sexual, por falta de información o tratamiento y es fomento a la exposición a este tipo de infecciones⁽²³⁾.

Conclusiones

Los factores de riesgo para el desarrollo de una displasia cervical o lesión intraepitelial en cérvix, se asocian con prácticas o hábitos a temprana edad o menores de 20 años; es donde el desarrollo de las alteraciones celulares en cérvix se asociación con las prácticas



sexuales inseguras, dando pauta a patologías secundarias como la infección de transmisión sexual, embarazos a temprana edad y cáncer, es decir, estado de salud no positivo.

Aun a pesar de la historia natural de la displasia cervical que se toma como base desde hace mucho tiempo refieren que la evolución de una displasia para el desarrollo de un cáncer cervicouterino se necesita de 10 a 20 años es por ello que la edad frecuente del cáncer era más de 50 años; la realidad demuestra que esas estadísticas cambian a manera de que la presencia del cáncer cervicouterino se encuentra en mujeres de 35 a 49 años con una aparición de displasia o lesión intraepitelial desde edades tempranas hasta en adolescentes, y eso contribuye que el tiempo de evolución a un cáncer cervicouterino sea a edades más tempranas.

La principal asociación de la displasia y el cáncer es la aparición de Virus de Papiloma Humano en lo cual se refleja con la progresión de displasia cervical de bajo grado a una displasia de alto grado es de 60% en un tiempo de evolución de 2 años, mientras de una displasia cervical de alto grado a un cáncer cervicouterino es del 25% con tiempo de evolución de 3 a 5 años, esto nos lleva a tratar de otorgar un diagnóstico oportuno para otorgar a la mujer un tratamiento adecuado. Con esto evitar resultados negativos en salud.

En la población de mujeres expuestas a infección de virus papiloma humano tiene una estrecha relación con la aparición, progresión y evolución de un cuello uterino normal a una lesión intraepitelial escamosa de bajo grado y una de alto grado posterior alarma la asociación a un cáncer cervicouterino, más con la aparición de los serotipos de virus de papiloma humano 16 y 18 de los cuales se consideran oncológicos.

Independientemente de la existencia de los métodos diagnósticos de fácil acceso, aún falta capacitar y educar a la población femenina de la importancia de la detección de esta patología, aun sea desde la adolescencia o juventud, todo en pro de oportunidad de la atención, no se ha logrado impactar en aquella población que se considera de riesgo, aquella que tiene factores asociados a la aparición de lesiones pre malignas llamadas displasia cervical así como las que ya cuentan con dicho diagnóstico. Es importante indagar en los factores de riesgo que se presentan en las mujeres con displasia cervical para identificar que a corto o larga evolución el desarrollo a cáncer cervicouterino; de lo contrario siempre serán negativos los resultados.

La asociación de infección de transmisión sexual en el grupo de población menor de 20 años con más de 3 parejas sexuales, sin tomar en cuenta los antecedentes sexuales de la pareja, la falta de uso de preservativo adecuadamente, el embarazo en menores de los 20 años y los embarazos con más de 2 gestaciones, ayudan a la alteración de las células cervicales y eso da vulnerabilidad al desarrollo de lesiones premalignas y a mediano plazo un cáncer cervicouterino en las mujeres con mayor riesgo; esto es un resultado no positivo.



Es por ello la importancia del fomento, promoción y capacitación adecuada a las personas ante una vida sexual **segura** no solo retardando un embarazo sino previniendo infecciones que a la larga las lleve a consecuencias graves. A las mujeres con el diagnóstico de displasia no únicamente brindarles el manejo del tratamiento de esas lesiones sino también influir a la mejora en calidad de vida, sabiendo que los factores de la vida sexual son los de mayor peso para desencadenar cáncer cervicouterino.

La correlación entre la infección por VPH y CaCU depende de la omisión del uso de preservativo o condón, el inicio de vida sexual en la adolescencia, la sexualidad insegura, más de 3 parejas sexuales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, primer embarazo durante la adolescencia, así como el número de embarazos y el tipo de resolución, son las más frecuentes causas de la aparición temprana de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Aunque se sabe esto último, los resultados son negativos, ya que se ha incrementado la prevalencia de cáncer cervicouterino.

Agradecimientos

El autor está agradecido con la formación académica provocada por nuestros profesores de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Estudios Superiores Elise Freinet, Pachuca de Soto Hidalgo, México.

Conflicto de Intereses

Los autores declaramos que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo.

Referencias

1. Arzuaga Salazar María Angélica. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Revista cubana de enfermería Scielo. 2012. 28(1); 63-73.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000100007
2. Suredo Peña Mabel. Una alerta para la mujer: factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Revista Científica Villa Clara Medicent Electrón. 2014;18 (1); 36-38.
<http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v18n1/mdc07114.pdf>
3. ASCO. Cáncer de cuello uterino: Síntomas y signos. American Society of Clinical Oncology. Cáncer. Net. 07/2017. Rev 5/10/2018. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/s%C3%ADntomas-y-signos>



4. Patricia Jannet García Funegra. Guía técnica: Guía de práctica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Ministerio de salud Perú. 2017; 11-32.
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/guia_tecnica_cancer_cuello_uterino.pdf
5. Hernández Hernández Dulce M. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53 Supl 2:S154-61
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/ims152f.pdf>
6. OMS. Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. biblioteca de OPS/OMS. 2014:1-41.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105132/9789275318331_spa.pdf;jsessionid=26E0F767B1879E1E45601867141ABAF?sequence=1
7. ASCO. AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY. Recuperado el 11 de octubre de 2018, de AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY 2017:
<https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-cuello-uterino/estadisticas>
8. IHME. Cancer cervicouterino. IHME. 2016. Recuperado el 11 de octubre de 2018.
<http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>
9. Efraín A. Medina-Villaseñor, Pedro Antonio Oliver-Parra. Neoplasia intraepitelial cervical, análisis de las características clínico-patológicas. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014;13(1):12-25. <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-neoplasia-intraepitelial-cervical-analisis-las-X166592011427863X>
10. María Carolina Moreno Barrios. Actualización en el reporte de citología cervicovaginal basado en el sistema Bethesda 2014. Rev. Obstet Gineco Venez. 2017; 77(1) 58-66.
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v77n1/art08.pdf>
11. Domínguez Trejo Eloísa. Factores de riesgo para Cáncer Cérvico Uterino en pacientes atendidas en el Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa". Instituto Nacional de Salud Pública. Universidad Veracruzana. 2012;20-24
<https://docplayer.es/2067764-Factores-de-riesgo-para-cancer-cervico-uterino-en-pacientes-atendidas-en-el-centro-estatal-de-cancerologia-dr-miguel-dorantes-mesa.html>



12. Dávila Gómez Haenry L. Lesiones epiteliales asociadas al virus de papiloma humano. *Revista Cubana de Ginecología y obstetricia*. 2014;40(4):388-398
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000400005
13. Guadalupe Zaldivar Lelo de Larrea. Cáncer cervicouterino y virus de papiloma humano. *Rev Chil Obstet Gineco*. 2012;77(4): 315-321.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400014
14. ACS. Cáncer cervicouterino. American Cancer Society. 2013; 1-73.
<http://www.oncologia.org.ve/site/userfiles/svo/cuello%20uterino.pdf>
15. Sarduy Nápoles Miguel. Correlación citohistológicas en las neoplasias intraepitelial cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. *Ginecología y Salud Reproductiva, La Habana Cuba*. 2011;1-11.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2009000100007
16. Estrella de Caridad Armenteros Espino. Factores de riesgo de neoplasia intraepiteliales cervicales. *Universidad de ciencias médicas Cienfuegos*. 2016;193-200
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/448/1517>
17. Fernández Manuel. Factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado. *Revista Salud Quintana Roo*. 2013; 6-9
<https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/24/1.pdf>
18. Oviedo Buenrostro Bertha Alicia. El cáncer cervicouterino. Implicaciones de la edad de inicio de vida sexual y el papiloma virus humano. *Revista fuente año 3 No.8*. 2011; 34-38 <https://docplayer.es/68053217-Presencia-del-virus-papiloma-humano-en-la-cavidad-oral-revision-y-actualizacion-de-la-literatura.html>
19. Bou Lobaina Yadimil. Factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Capacitación en adolescentes de un policlínico universitario. *Revista Inf. Cient*. 2015; 92(4): 787-798.
<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/198/1370>
20. Rodríguez González Dalgy. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. *Revista cubana de Ginecología y obstétrica*. 2014; 40(2):218-232. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v40n2/gin09214.pdf>
21. Cordero Martínez José. Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervico uterino. *Revista cubana de Ginecología y obstétrica*. 2015; 41(4):350-364. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000400005
22. Carmona Gloria. Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017;34(4):601-10. <http://www.redalyc.org/pdf/363/36353911004.pdf>



-
23. Álvarez Mesa Mónica. Las Infecciones de Transmisión Sexual: una revisión dirigida a la atención primaria de salud. Revista Cubana Médica General Integral de La Habana. 2014; 30(3): 343-353. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300008