



GLOBAL JOURNAL OF MEDICAL RESEARCH: E
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
Volume 14 Issue 2 Version 1.0 Year 2014
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal
Publisher: Global Journals Inc. (USA)
Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888

Comportamiento Del Cáncer Cervico Uterino Según Citología Orgánicas Anormales En Nuevitas Del 2006 Al 2010

By Caridad Santana Serrano , Mavel Chávez Roque,
Leida Nilda Viñas Sifontes & Maigret Calderon Cruz

Filial Nuevitas, Cuba

Introducción- Los tumores genitales femeninos representan una quinta parte de la totalidad existente de dicha enfermedad. El más frecuente es el de cérvix, que se ubica actualmente como el segundo cáncer más común en la población femenina mundial. La incidencia por Cáncer Cervicouterino (CCU) se encuentra en franco aumento alcanzando el 25% en el año 2006 y su incidencia varía por todo lo ancho de la geografía.¹⁻³

Se ha destacado que la incidencia del Cáncer Cervicouterino varía de unas naciones a otras. Se observan tasas muy bajas en Israel y EEUU. La tasa de mortalidad en los países en desarrollo es dos veces la tasa de los países desarrollados. Anualmente mueren 231.000 mujeres por esta causa.^{3,4}

En América Latina y El Caribe sus tasas de incidencia son elevadas y fallecen más de trescientas mil mujeres por esta enfermedad; las mayores incidencias se observan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica; y se reportan tasas inferiores en Puerto Rico y Cuba.³

GJMR-E Classification : NLMC Code: WJ 190, WS 360, QZ 20.5



Strictly as per the compliance and regulations of:



© 2014. Caridad Santana Serrano , Mavel Chávez Roque, Leida Nilda Viñas Sifontes & Maigret Calderon Cruz. This is a research/review paper, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 3.0 Unported License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), permitting all non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Comportamiento Del Cáncer Cervico Uterino Según Citología Orgánicas Anormales En Nuevitas Del 2006 Al 2010

Caridad Santana Serrano ^α, Mavel Chávez Roque ^σ, Leida Nilda Viñas Sifontes ^ρ
& Maigret Calderon Cruz ^ω

I. INTRODUCCIÓN

Los tumores genitales femeninos representan una quinta parte de la totalidad existente de dicha enfermedad. El más frecuente es el de cérvix, que se ubica actualmente como el segundo cáncer más común en la población femenina mundial. La incidencia por Cáncer Cervicouterino (CCU) se encuentra en franco aumento alcanzando el 25% en el año 2006 y su incidencia varía por todo lo ancho de la geografía.¹⁻³

Se ha destacado que la incidencia del Cáncer Cervicouterino varía de unas naciones a otras. Se observan tasas muy bajas en Israel y EEUU. La tasa de mortalidad en los países en desarrollo es dos veces la tasa de los países desarrollados. Anualmente mueren 231.000 mujeres por esta causa.^{3,4}

En América Latina y El Caribe sus tasas de incidencia son elevadas y fallecen más de trescientas mil mujeres por esta enfermedad; las mayores incidencias se observan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica; y se reportan tasas inferiores en Puerto Rico y Cuba.³

Un estudio nacional muestra que más de mil mujeres son notificadas en el Registro nacional de neoplasia con cáncer del cérvix. Las tasas más altas son reportadas en las provincias orientales, fundamentalmente en Camagüey, Holguín y Guantánamo; con edades que oscilan entre 35 y 55 años (alrededor del 60 %); con una media de 40 años. En Cienfuegos se reportaron 12,7 por ciento de mujeres atendidas en el programa que presentaron esta enfermedad. Según Mendoza, ⁵ esta oncopatía es la quinta causa de muerte por cáncer en la provincia de Camagüey.

Por la importancia que se le atribuye a la detección temprana de esta patología, en varios países fundamentalmente los desarrollados, se aplican Programas de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino. No dejan de esforzarse los países del

Tercer Mundo, entre ellos se encuentran, al decir de Schiavon,⁵ que en México, desde 1974 se aplica el programa; y la operatividad del mismo fue reformulada de manera importante en el año 2000. El propio autor señala que entre el 20% y el 60% de estas muertes se podrían prevenir mediante el uso efectivo y temprano del citado programa. En Chile existe uno similar desde 1987.⁶

El Ministerio de Salud Pública de Cuba ha desarrollado un Programa Nacional para el Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino desde 1968, con el objetivo de realizar un diagnóstico temprano de la oncopatía y así dedicarse a las ventajas curativas que ofrece esta localización del cáncer, que puede ser curada hasta de un 100% cuando el mismo se detecta de forma precoz.⁷ Este programa, a través de todos estos años, ha sufrido modificaciones favorables, y se ha actualizado en la presente década.

Existe un elevado índice de mujeres con patologías de cuello en el municipio de Nuevitas, y entre ellas se observa la incidencia de morbimortalidad por CCU, en particular se aprecia una alta presencia de Papiloma Virus Humano en las citologías orgánicas positivas.

Sobre la base de lo planteado, fue motivo de la realización de la presente investigación con el objetivo de determinar el comportamiento del CCU a partir de resultados anormales de las citologías orgánicas en Nuevitas, desde el 2006 al 2010, además se quiso corroborar si existe relación de las pacientes con citologías orgánicas positiva y la presencia de Papiloma Virus Humano.

II. DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo transversal para determinar el comportamiento del CCU detectado mediante las citologías orgánicas anormales, en el Policlínico Universitario "Francisco Peña Peña" en el municipio de Nuevitas, desde enero del 2006 a diciembre de 2010.

De un universo de 218 mujeres con citologías orgánicas anormales en el Área de Salud de Nuevitas se tomó como muestra todas las pacientes.

Se realizó una revisión documental de las tarjetas de citologías orgánicas de las pacientes, y

Author α: master en atención integral a la mujer. profesor asistente.
e-mail: sscaridad@finlay.cmw.sld.cu

Author σ ρ: master en atención integral a la mujer, especialista de ii grado en ginecología y obstetricia, profesor asistente.

Author ω: especialista de i grado en medicina general integral, profesor instructor. profesoras de la universidad de ciencias médicas, filial de nuevitas, camagüey, cuba.

luego se aplicó el método empírico mediante la confección de una guía o encuesta (Anexo 1); la cual contenía las variables seleccionadas por los autores, entre ellas: edad, conductas sexuales irresponsables y antecedentes de infecciones de transmisión sexual, en particular del papiloma virus humano.

Se utilizó el método estadístico descriptivo, los datos se expresaron en frecuencia absoluta y porcentajes. La información recolectada según etapa fue procesada a través de medios automatizados con los

paquetes estadísticos en Microsoft Excel 2003 para Windows en el cual se realizaron base de datos y distribución de frecuencias. Los textos se procesaron con Microsoft Office Word, y las tablas y gráficos se realizaron en Excel.

Implicaciones éticas: se tuvo en cuenta la ética en todos los casos, cada encuesta llenada fue anónima, sin divulgar datos en el orden particular de ninguna de las pacientes estudiadas.

III. RESULTADOS

Tabla 1 : Distribución de pacientes con resultados anormales en las citologías orgánicas realizadas según grupo de edades en el Policlínico Comunitario Docente "Francisco Peña Peña" de Nuevitas desde el 2006 al 2010

Edades (años)	No	%
- 25 años	19	8,72
De 25 a 34	57	26,15
De 35 a 44	88	40,37
De 45 a 54	42	19,27
De 55 a 64	10	4,59
+64 años	2	0,92
Total	218	100,00

Fuente : Tarjeta de citología orgánica.

Entre los resultados de las citologías orgánicas anormales según grupos de edades, en el Área de Salud de Nuevitas, desde el 2006 al 2010, se observó que el mayor número corresponde a mujeres entre 35 y

44 años, para un 40,37 %. Es importante destacar que 19 mujeres menores de 25 años presentaron citologías orgánicas positivas para un 8.72%. (Tabla 1)

Tabla 2 : Factores de riesgos del cáncer cérvicouterino según conducta sexual

Conducta sexual	No	%
Sexo desprotegido (condón)	218	100,00
Primeras relaciones sexuales antes de los 19 años	177	81,19
15 y menos	54	24,77
De 16 a 17	73	33,49
Entre 18 a 19	51	23,39
Cambio Frecuente de Pareja	125	57,34

Fuente : Tarjeta de citología orgánica. n=341

En la Tabla #. 2 se observó que la conducta sexual de las pacientes en un 100% eran desprotegidas. La mayoría de las pacientes tuvieron las

primeras relaciones sexuales antes de los 19 años y el 57.34 % cambiaban frecuentemente de parejas.

Tabla 3: Incidencia del cáncer cérvicouterino según Infecciones de Transmisión Sexual

Infecciones de Transmisión Sexual	No	%
PVH/diagnóstico cito-histológico	164	75,23
Chlamydias	150	68,81
Herpes virus	46	21,10
Trichomonas	31	14,22
.n=341		
Infecciones de Transmisión Sexual	No	%
PVH/diagnóstico cito-histológico	164	75,23
Chlamydias	150	68,81
Herpes virus	46	21,10
Trichomonas	31	14,22
.n=341		

Fuente: Tarjeta de citología orgánica.

Los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual se ven reflejados en la tabla 3 (gráfico 1), donde en el 75,23% de las estudiadas se detectó la presencia de PVH a través del diagnóstico cito-histológico, asociadas a otras infecciones vaginales.

IV. DISCUSIÓN

A la mayoría de las pacientes se les diagnosticó la presencia del CCU mediante la citología orgánica, por lo que se demuestra que esta sigue siendo el método diagnóstico de mayor valor para detectar Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) y Carcinoma en estadio precoz en grandes masas de población, por la sencillez en su realización y su alta eficacia. Lo realmente eficaz ante el diagnóstico del Cáncer de cérvix es establecerlo en una etapa precoz lo que se confirma en varios estudios.^{7,8} Martínez⁹ plantea que en la actualidad la neoplasia cervicouterina es una de las enfermedades más frecuentes en la mujer, lo importante es establecer un diagnóstico temprano y oportuno para disminuir la morbimortalidad por dicha entidad.

Las citologías orgánicas anormales en Nuevitas, se observó que el mayor número corresponde a mujeres entre 35 y 44 años seguido del grupo entre 25 y 34 años. López¹⁰ encontró que el mayor número de mujeres con citologías positivas tenían entre 45 – 54 años de edad, con un 57.14 por ciento.

Por otro lado, en presente estudio se observó un número significativo de mujeres menores de 25 años con citologías anormales, las que coinciden con el número de pacientes con conductas sexuales inadecuadas,; el estudio de Vázquez¹¹ corrobora esta

idea, destacando que la aparición del cáncer del cuello de útero también se observa en edad precoz, a pesar de ser considerado como un cáncer de la perimenopausia, observando además una alta prevalencia en las pacientes que se encontraban en edad reproductiva; de ellas el 43,6 % eran menores de 40 años, incluyendo 3 (0,9 %) con menos de 20 años. Martínez et al¹² encontró que la quinta parte de citologías orgánicas positivas correspondía a menores de 25 años. Estos datos relacionados con citologías orgánicas patológicas antes de los 25 años, en mujeres con algún factor de riesgo asociado, hacen meditar a los médicos y enfermeros de la familia sobre la actuación en las jóvenes de su comunidad con factores de riesgos que deben ser incluidas en el programa, pues se puede confirmar que la citología orgánica del cérvix es el método ideal para realizar un diagnóstico temprano y oportuno de este tipo de cáncer.

Las citologías orgánicas positivas se aprecian, con mayor frecuencia, en mujeres que comienzan sus relaciones sexuales antes de los 19 años, influyendo además otras conductas sexuales irresponsables como la promiscuidad y las relaciones sexuales desprotegidas. Estudios reflejan que en cuanto a la edad de inicio de las primeras relaciones sexuales se precisó que en el grupo de estudio el mayor por ciento lo alcanzó las que comenzaron antes de los 16 años.¹³

Los estudios epidemiológicos de las lesiones del cuello uterino relacionados con los factores de riesgos del CCU, han demostrado una fuerte asociación entre la práctica sexual y la aparición de tumores malignos. Se indica que las mujeres con múltiples patrones sexuales, embarazos e interrupciones a temprana edad e historias de infecciones, aumentan el

riesgo de padecer la enfermedad,¹⁴ elementos de valor representativo en el presente estudio. Diversas investigaciones muestran el comportamiento de estos factores de riesgos predisponentes para padecer de esta oncopatía.

Martínez C⁹, señala la asociación existente entre las relaciones sexuales precoces y el Cáncer cervical, afirmando que mientras más jóvenes practicaban estas relaciones, más severa se comportó la enfermedad, aspecto que confirma, Sarduy,¹⁵ quien también encontró en su estudio que entre los factores de riesgos se observaron las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años, lo que reafirman además Vázquez¹¹ y Aguilera.¹⁶ Martínez Y.¹⁷ encontró que 70 adolescentes procedentes de las consultas Infanto-juvenil y Patología de Cuello, con los siguientes resultados: con sexarquía antes de los 16 años un 88,6 %; no usaban métodos anticonceptivos de barrera el 68,6 %, de ellas 50 tenían colposcopia positivas y 38 biopsias con lesiones intraepiteliales cervicales. De igual forma Herrera¹⁸ expresó que el factor de riesgo más relevante encontrado fue el inicio precoz de las relaciones sexuales, donde 13 pacientes iniciaron su vida sexual antes de los 20 años para un 56.5 por ciento. Tamayo¹⁸ comprobó en su estudio que el inicio precoz de las relaciones sexuales está asociado con las lesiones de alto grado de cuello uterino, el 56.5 por ciento de mujeres con CCU iniciaron sus relaciones sexuales precozmente. López,¹⁰ encontró resultados similares donde el 50 por ciento tuvieron su relación sexual entre 15 – 19 años.

El factor de riesgo relacionado con el cambio frecuente de pareja se observó en más de la mitad de las pacientes con citologías patológicas, lo que se comprueba por otros estudios.^{5,19,20} Rosell et al,²¹ observaron predominio en el 96,78 por ciento en mujeres que tuvieron tres o más compañeros sexuales; también fueron factores de riesgo las primeras relaciones sexuales en la adolescencia.

Otro factor importante observado en estas pacientes fue el sexo desprotegido, aspecto encontrado por otros autores.^{6,7}

El aumento en los últimos años del Cáncer Cervical y sus lesiones precursoras, ha conllevado a la realización de varios estudios de factores de riesgo y dentro de ellos señalan la fuerte asociación de este cáncer con el Virus del Papiloma Humano (HPV), encontrando en más de las dos terceras partes de las pacientes estudiadas la presencia de este virus detectado a través del diagnóstico cito-histológico, asociadas a otras infecciones vaginales, muestra de las conductas sexuales irresponsables desde edades tempranas, resultados similares expresan otros estudios.^{5,7,22}

El comportamiento de algunos factores de riesgo que contribuyen a la aparición del cáncer cérvicouterino, en estudios realizados por autores,

reportan que un 47,27% tenían el antecedente de infección vaginal por PVH.^{23,24}

Varios autores señalan que, la neoplasia cervicouterino es considerada como una infección de transmisión sexual, más bien se trata del resultado final de la acción de varios factores donde las infecciones de transmisión sexual desempeñan un papel muy especial.^{3,9} La OMS considera que las ITS constituyen, a escala mundial, la segunda causa de enfermedad más importante en mujeres jóvenes de países en desarrollo.²⁵

El HPV es el principal agente etiológico infeccioso asociado con la patogénesis del cáncer de cuello uterino²⁶. Se plantea que el conocimiento de la virología y las manifestaciones clínicas de este virus, constituyen el eslabón fundamental en el proceso neoplásico.¹¹

Se ha logrado identificar más de 100 serotipos de PVH; de ellos, 30 tipos asociados al Cáncer Cérvicouterino, los que se clasifican en virus de alto grado oncogénico: 16, 18, 31, 45, 56, que son hallados en lesiones de alto grado (NIC II, NIC III y carcinoma in situ) y cáncer invasivo que se asocian en 95% de los casos⁸ Los condilomas acuminados son producidos por virus de bajo riesgo oncogénico en el 90% de los casos, pero son un importante marcador para la infección con virus de alto riesgo oncogénico.²⁷

La infección por VPH en el aparato genital, sobre todo algunos subtipos llamados oncogénicos, juegan un papel relevante en la aparición de las lesiones intraepiteliales y su posible evolución al cáncer invasor en esas localizaciones.¹⁴

Entre los factores de riesgo o antecedentes de ITS se reportaron en el 91,3 por ciento, predominando PVH en el 60,8 por ciento unidos a otros.^{17,28}

Se realizó una investigación en Brasil sobre la infección por HPV en 99 hombres que eran parejas sexuales de las mujeres que tenían Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). A estos hombres se les realizó un examen físico y peneoscopia, detectando que el 54,5 % presentaban el HPV y un 28 % presentaron lesiones clínicas evidentes.²⁹

Las ITS incluyen una serie de enfermedades de naturaleza infecciosa de gran interés epidemiológico y señalan que la *Neisseria gonorrhoeae* se dispone en parejas intracelulares, y que habitualmente afecta los epitelios cilíndricos, pues los epitelios estratificados de la vulva y vagina son resistentes a su invasión.³ Otros estudios encontraron trichomoniasis en un 55 % de las pacientes y el HPV que resultaron ser los que más se asociaron con esta neoplasia.^{11,30}

De los resultados obtenidos de la citologías orgánica de cuello uterino fueron positivos de PVH el 57 % ,4 % arrojaron resultados de NIC I, y 1% NIC II.²⁵

El Papiloma Virus Humano (PVH) ha sido implicado como el agente causal del condiloma acuminado y de carcinomas anogenitales. El artículo

plantea el importante papel que juega el tamizaje cervical oportuno y periódico en la prevención del cáncer³¹

Casi la mitad de los casos presentaron colposcopia anormal; en la citología orgánica, más de la mitad de los casos presentaron positividad al PVH, se diagnosticaron un 4 por ciento de NIC I y un 1 por ciento de NIC II.³¹

En sentido general, se observó una gran relación entre las citologías orgánicas anormales y las acciones y consecuencias relacionadas con las conductas sexuales irresponsables como factores de riesgos que pueden influir en el desarrollo del CCU en la población femenina; destacar que las mujeres más expuestas a padecer la enfermedad son las que presentan varios factores de riesgos asociados, por lo que es imprescindible la caracterización adecuada de cada mujer en el consultorio para poder realizar intervenciones de salud encaminadas a cambiar estilos de vida y así disminuir los riesgos de padecer esta temible oncopatía.

V. CONCLUSIONES

El mayor grupo de edad con citologías orgánicas positivas fue el de 25 a 44 años, siendo significativo la aparición de lesiones premalignas en menores de 25 años.

Relacionado con la conducta sexual, la mayoría de las pacientes tuvieron su primera relación sexual antes de los 19 años y la promiscuidad primó entre las estudiadas.

La ITS por PVH se en la mayoría de los casos.

REFERENCES RÉFÉRENCES REFERENCIAS

1. Braillard P PM, Braverman A, Cabrera MN, Chapier WV. Cáncer de cérvix incidencia según edad y estadio tumoral. Rev. Postg Vía Cated Med [serie en internet]. 2005 [citado 12 jul 2006]; (141): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista141/3_141.htm
2. Bax A, Voight RR, Coronel CC, Putter H, Tjeenk R M de Bie Leuving, van Marwijk H M. Incidence of cervical carcinoma in a high- risk, non- screened area results of a retrospective análisis on the Dutch Caribbean Antilles from 1983 to 1998. West Indian Med J. 2004;53(3):150-4.
3. Cabezas Cruz E. Lesiones malignas del útero. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. Cap 29. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p. 90-103, 297-312.
4. Schiavon ER, Espinosa R R. Panorama actual del Programa de Detección y Tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino en México [serie en internet] 2005 [PPT] [citado 12 jul 2006]; disponible en: www.unasse.com/Documentos/POBLACION.ppt
5. Miranda P Y, Hernández S A, Resino Martín L. Cáncer de cérvix: hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima: Cienfuegos, enero a junio 2004. Scientia10 (Supl):1-10, 2005.
6. Cabezas C E, Cutié L E, Santisteban Alba S. Diagnóstico y conducta en el cáncer de cuello uterino. En: Manual de procedimientos en Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.p.162-8.
7. Prieto M. Programa Nacional de Cáncer Cérvicouterino. Unidad de Cáncer. Ministerio de Salud. Chile [monografía en internet] 2006 [PDF] [citado 12 jul 2006]; disponible en www.redsalud.gov.cl/archivos/cancer/Cacu_publico_2006.pdf
8. Cabeza C E. Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cuello de Útero. Cuba. Editorial Ciencias Médicas; 1999.
9. Martínez C V, Torrientes H B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev cuba obstet ginecol ene-abr 2006; 32(1).
10. López S JC, Pila D R, Fernández R V, Pico O L. Comportamiento de algunos factores de riesgo que influyen en la aparición del cáncer cérvico-uterino en el área norte de Morón. Mediciego; mar. 2007; 13(Supl. 1).
11. Vázquez M A, González A J C, De la Cruz Ch F, Almirall Ch A, Valdés M R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Rev cub de obst y gin 2008; 34(2).
12. Martínez M PA, Díaz Ortega Israel, Carr Pérez Adriana, Varona Sánchez Joel Alejandro, Borrego López Julio Aurelio, de la Torre Ana Isabel. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2011 Nov 12] ; 36(1): 52-65. Disponible en: http://scielo.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100008&lng=es
13. Cartaya O M, Hernández S I, González S Y, Álvarez C N P. Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. AMC Camagüey sep.-oct. 2010;14(5)
14. León C G, Bosques D O. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cub obstet ginecol; ene.-abr. 2005; 31(1).
15. Sarduy N M R. Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del cáncer cérvicouterino Rev. Cuba ginecoobst 2008; 34(2).
16. Aguilera T, Linares AO, Cantero R I, Pérez C Y. Intervención citodiagnóstico en mujeres de 25 años con riesgo para el cáncer cérvicouterino en un Área de Salud en Tunas. Cuba Rev Electron; junio 2004; 26.
17. Martínez Y, Sarduy M, Vasallo R. NIC en adolescentes. Rev. Cuba Invest Biomed. 2006; 25(1):1-14.

18. Herrera Blen J, García Trujillo Y, Martínez Rodríguez V, Torres Hernández R. citologías vaginal en el municipio San Nicolás. Rev cieno med La Habana; jul.-dic. 2007; 13(2).
19. Guevara G R, Peña R L, Aguilera R M, Labrada Z M, Batista T Y. Cáncer cervicouterino un llamado a reflexionar. Las Tunas. Rev Electron ene-abr 2006; 31(1).
20. Ríos H MÁ, Hernández M M, Aguilar V FO, Silveira P M, Amigó de Quesada M, Aguilar F K. Tipos de papilomavirus humanos más frecuentes en muestras cubanas de cáncer cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2011 Nov 12] ; 36(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200009&lng=es
21. Rosell J E, Muñoz D A, Cepero M F, Cardoso H.J, Estenez FA. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Arch méd Camaguey; ene-feb 200711(1).
22. Aguilar F K, Ríos H MÁ, Hernández M Ma, Aguilar V FO, Silveira P M, Nápoles M M. Papiloma viral humano y cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2008 Abr [citado 2011 Nov 12] ; 34(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000100003&lng=es
23. Tamayo L T, Varona S J, de la Torre A. Estudio de las pacientes conizadas por patología de cuello. Rev cuba obstet ginecol; mayo-ago 2005; 31(2).
24. Givaudan M, lee Nen I, Pick S, Anguio A, Poortinga YH. Incremento en el uso de los servicios de prevención de cáncer cérvico uterino en zonas rurales de Oaxaca, México. Rev Panam Salud Pública 2008;23(5):11-5)
25. Ferrá T T, Estrada A D, Bermejo B W. Cáncer cérvico uterino y verrugas ano-genitales. Arch méd Camaguey 2008;12(1) ISSN 1025-0255.
26. Dávila G HL, García V A, Álvarez C F. Cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2011 Nov 12] ; 36(4): 603-612. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400014&lng=es
27. Kresge KJ. Cervical cancer vaccines: introduction of vaccines that prevent cervical cancer and genital warts may fore-shadow implementation and acceptability issues for a future AIDS vaccine. IAVI Rep [serie en internet]. 2005 [citado 12 jul 2006]; 9(5): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.aegis.org/pubs/iavi/2005/IAVI0511-01_EN.html
28. Ferrá T TM, Estrada A DR, Bermejo B W. Cáncer cérvico uterino y verrugas ano-genitales: Su relación. AMC [revista en la Internet]. 2008 Feb [citado 2011 Nov 12] ; 12(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000100009&lng=es
29. Rombaldi RL, Serafini EP, Villa LL, Vanni AC, Baréa F, Frassini R, et all. Infection with human papillomaviruses of sexual partners of women having cervical intraepithelial neoplasia. Braz J Med Biol Res 2006; 9(2):177-87.
30. León C G, Bosques D O, Silveira P M, de la Torre AI, Soto P, Rodríguez B. Incidencia de los factores de riesgo en mujeres cubanas con diagnóstico de lesiones oncológicas de cérvix. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2011 Nov 12] ; 48(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000100006&lng=es
31. Toro M A I, Piedrahita O C, Gallego N G. Tamización y prevención del cáncer cervical causado por papiloma virus. Responsable EDIMECO - Editora Médica Colombiana S.A. Med. lab; 2010;16(11/12):511-546.