

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**SEDE CORONEL OVIEDO**



**DETERMINAR LAS PATOLOGÍAS BENIGNAS Y PRE  
MALIGNAS EN PACIENTES QUE ACUDIERON AL  
CONSULTORIO GINECOLÓGICO DE LA CLÍNICA DE LA  
FAMILIA CEPEP DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO  
DEL 2016 A AGOSTO DEL 2017.**

**ELENA ROSA NOCEDA CÉSPEDES**

**CORONEL OVIEDO, PARAGUAY**

**SETIEMBRE, 2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**SEDE CORONEL OVIEDO**



**DETERMINAR LAS PATOLOGÍAS BENIGNAS Y PRE MALIGNAS EN  
PACIENTES QUE ACUDIERON AL CONSULTORIO GINECOLÓGICO  
DE LA CLÍNICA DE LA FAMILIA CEPEP DURANTE EL PERIODO DE  
AGOSTO DEL 2016 A AGOSTO DEL 2017.**

**Trabajo de investigación presentado para optar por el  
título de Especialista en Tracto Genital Inferior y Colposcopia**

**Autor/a: Elena Rosa Noceda Céspedes**

**Tutor/a: Graciela Velázquez**

**CORONEL OVIEDO, PARAGUAY**

**SETIEMBRE, 2018**

## INDICE

1.	INTRODUCCIÓN .....	1
2.	OBJETIVOS .....	4
	2.1. Objetivo General .....	4
	2.2. Objetivos Específicos .....	4
3.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
	3.1. Diseño Metodológico.....	5
	3.2. Población de estudio.....	5
	3.2.1. Población enfocada.....	5
	3.2.2. Población accesible.....	5
	3.3. Muestreo.....	5
	3.4. Unidad de observación y análisis .....	5
	3.5. Variables de estudio .....	5
	3.6. Técnicas y Procedimientos de recolección de información .....	6
	3.6.1. Instrumentos de recolección de datos .....	6
	3.6.2. Métodos de recolección de datos .....	7
	3.7. Asuntos estadísticos.....	7
	3.7.1. Análisis y gestión de los datos .....	7
	3.8. Control de calidad.....	7
	3.9. Asuntos Éticos.....	7
4.	RESULTADOS.....	8
5.	DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	11
6.	CONCLUSIONES .....	13
7.	CONFLICTOS DE INTERÉS.....	14
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15
9.	ANEXOS .....	18

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Varibles de Estudio de la monografía.....	6
Tabla 2	Distribución según la edad de las pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017. ....	8
Tabla 3	Distribución según la procedencia de las pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017.....	8
Tabla 4	Distribución según los antecedentes familiares de las pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017.....	9
Tabla 5	Distribución según el tipo de lesión en las pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017.....	9
Tabla 6	Distribución según los hallazgos por LEEP en las pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017.....	10
Tabla 7	Distribución según los factores de riesgo en las pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017.....	10

## RESUMEN

El 40% de las mujeres jóvenes se infectan por el virus papiloma humana (HPV) en un periodo de tres años desde el inicio de su vida sexual, de un 50% al 80% de mujeres sexualmente activas se infectan por el HPV por lo menos una vez en la vida, por lo que es importante para los médicos gineco-obstetras adquirir los conocimientos de cuáles son las lesiones benignas, las lesiones pre malignas y las malignas producidas por el virus y cuáles son los tratamientos adecuados para las mismas.

El objetivo de esta monografía es determinar las patologías benignas y pre malignas en pacientes que acudieron al Servicio de consultorio de la Clínica de la Familia CEPEP durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017.

Para poder realizar el presente estudio se tuvo en cuenta la metodología de estudio retrospectivo y descriptivo de corte transversal.

En el trabajo se analizaron en total de 123 pacientes de los cuales la edad de 28 a 38 años se registró en 75 (61%) casos siendo esta la más característica, seguida por 37(30%) mujeres de 18 a 28 años. Con relación a la procedencia de las pacientes en estudio se registró 97 (79%) casos provenientes de la zona urbana. La distribución de pacientes según los antecedentes familiares, dejó en evidencia 91 (74%) casos sin antecedentes.

Los tipos de lesiones registrada durante el periodo de estudio arrojó un resultado de 102(83%) casos con lesiones pre malignas y fueron 21(17%) pacientes con lesiones benignas.

De las pacientes sometidas a conización por asa (Leep), se presentó con lesiones pre malignas: CIN I 48(39%), CIN II 12(10%) y CIN III 42(34%) pacientes.

En cuanto a los factores de riesgos se obtuvo con mayor frecuencia de infecciones genitales en 57(46%) casos, seguida de múltiples compañeros sexuales en 45 (37%) pacientes.

**Palabras clave:** Patologías benignas, Patologías malignas. LEEP.

## INTRODUCCIÓN

El 40% de las mujeres jóvenes se infectan por el virus papiloma humana (HPV) en un periodo de tres años desde el inicio de su vida sexual, de un 50% al 80% de mujeres sexualmente activas se infectan por el HPV por lo menos una vez en la vida, por lo que es importante para los médicos gineco-obstetras adquirir los conocimientos de cuáles son las lesiones benignas, las lesiones pre malignas y las malignas producidas por el virus y cuáles son los tratamientos adecuados para las mismas (1).

El cuello uterino, es la parte fibromuscular inferior del útero con tamaños que varían según la edad, el número de partos y el momento del ciclo menstrual de la mujer (2).

El cérvix está recubierto por su porción intravaginal por epitelio plano estratificado no queratinizado. Teóricamente, el exocérvix está recubierto por un epitelio escamoso estratificado rosado, de múltiples capas celulares, modificándose a lo largo de la vida de la mujer; mientras que un epitelio cilíndrico rojizo de una única capa celular recubre el endocérvix (3).

La ubicación de la unión escamoso-cilíndrica con relación al orificio cervical externo varía según la edad, el momento del ciclo menstrual y otros factores como el embarazo y el uso de anticonceptivos orales; la parte del cuello uterino en la que se producen células de epitelio plano adquieren el nombre de metaplasia escamosa y se denomina zona de transformación.

Identificar la zona de transformación tiene gran importancia en la colposcopia, pues casi todas las manifestaciones de carcinogénesis cervical ocurren en esta zona (4)

La displasia que se observa en una citología vaginal se describe en un sentido amplio como todo epitelio pavimentoso patológico que no es un cáncer invasor englobando pues, los carcinomas intraepiteliales o in situ. En un sentido restringido el vocablo excluye los carcinomas intraepiteliales que se considera una entidad particular (5).

Estos cambios se pueden clasificar como:

De bajo grado (LEIBG): La lesión epitelial de bajo grado comprende la displasia leve CIN I tanto como las alteraciones celulares debida al virus del papiloma (6). Se observa como lesiones acetoblancas delgadas planas con bordes bien delimitados pero irregulares.

De alto grado (LEIAG): lesiones de alto grado comprende displasia moderada CIN II, displasia grave CIN III y el carcinoma in situ CIN III (6). Se observan zonas acetoblancas, blancos grisáceos, anchas, densas con aspecto opaco con bordes regulares bien delimitados a veces sobre elevados y deshicientes. La observación de uno o más bordes dentro de una lesión acetoblanca se asocia con lesiones de alto grado.

Posiblemente cancerosos (malignos).

La displasia que se observa en una biopsia del cuello uterino usa el término neoplasia intraepitelial cervical (CIN) y se agrupa en tres categorías (7,8)

CIN I: displasia leve

CIN II: displasia moderada a acentuada

CIN III: displasia severa a carcinoma in situ

Los tratamientos que se pueden aplicar para el CIN ordenados desde el más leve al más intenso son:

Crioterapia: Usa gases refrigerantes (N<sub>2</sub>O o CO<sub>2</sub>) no se usan si hay lesiones endocervicales. La curación es de seis semanas. Tiene un índice de fracaso del 5% al 10% en las mujeres.

Procedimiento electroquirúrgico de resección por medio de asas: LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure). Con este procedimiento se obtiene un informe histopatológico de la lesión que se extirpa. El LEEP permite extirpar adecuadamente la mayoría de las lesiones cervico-uterinas, independientemente de la afectación del conducto endocervical. El LEEP es el tratamiento preferido si la lesión afecta el conducto cervical (9,10). El 2% de las mujeres presentan hemorragias moderadas a intensa y hay un 10% de fracaso.

La conización (o como también es conocido como biopsia en cono) y el LEEP (procedimiento de escisión electroquirúrgica en asa) son tratamientos que

identifican y eliminan el tejido anormal del cuello uterino en casos de displasia cervical. Mientras el primero elimina una sección en forma de cono de tejido anormal para su examen en el laboratorio, el segundo usa un alambre electrificado delgado para cortar tejido anormal en el cuello uterino.

Ambos estudios eliminan el tejido anormal (las lesiones y zonas de transformación en su totalidad) y proporcionan muestras de biopsia adecuadas para determinar si hay células cancerosas o displasias presentes.

La conización con bisturí es un procedimiento de internación realizado en un hospital o centro quirúrgico (con estadía de una noche) con anestesia regional y LEEP es un procedimiento ambulatorio realizado en una clínica con anestesia local.

Algunos riesgos de los procedimientos incluyen sangrado vaginal anormal, mayor posibilidad de partos prematuros y la rara posibilidad de un estrechamiento del cuello uterino que puede provocar infertilidad.

Los criterios de admisibilidad del LEEP:

Que haya CIN confirmada por biopsia cervical.

Si la lesión afecta al conducto cervical, debe verse su límite distal o craneal; la máxima extensión (distal) no será superior a 1cm (11,12).

Que no se evidencie cáncer invasor, ni displasia glandular.

Que no se evidencia enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), cervicitis, tricomoniasis vaginal, vaginosis bacteriana, úlcera ano genital ni trastorno. Debe tratarse antes del procedimiento.

Que hayan transcurrido al menos tres meses desde el último parto de la paciente (11,12).

Que los pacientes diabéticos e hipertensos estén controlados.



## **OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Determinar las patologías benignas y pre malignas en pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- 2.2.1 Describir las características clínicas de las pacientes en estudio.
- 2.2.2 Caracterizar el tipo de displasia.
- 2.2.3 Determinar los resultados de las biopsias en la población de estudio.
- 2.2.4 Identificar el tipo de tratamiento recibido.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **3.1. Diseño Metodológico**

Retrospectivo, descriptivo de corte transversal.

### **3.2. Población de estudio**

#### **3.2.1. Población enfocada**

Pacientes que acudieron a un consultorio ginecológico

#### **3.2.2. Población accesible**

Pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017

#### **3.2.3. Criterios de Inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años con procedimientos de

#### **3.2.4. Criterios de Exclusión**

- Pacientes que no desearon participar del estudio.
- Casos con ficha clínica incompleta

### **3.3. Muestreo**

Probabilístico, de casos consecutivos.

### **3.4. Reclutamiento**

El proceso de selección y reclutamiento se realizará en el consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia, durante el periodo antes mencionado, para lo cual se solicitará autorización por escrito al Director del servicio.

### **3.5. Variables de estudio**

**Tabla 1 Variables de estudio de la monografía**

<b>VARIABLES</b>	<b>TIPO Y ESCALA</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
Edad	Cuantitativa numérica	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Establecido en años
Procedencia	Cualitativa Nominal o categórica	Lugar de procedencia	Establecido en la ficha clínica
Antecedentes Familiares	Cualitativa Nominal o categórica	Antecedentes Familiares	Establecido en la ficha clínica
NIC	Cualitativa Nominal o categórica	Tipo de displasia	CIN I CIN II CIN III
LEEP	Cualitativa Nominal o categórica	Informe histopatológico	Establecido en la ficha clínica
Tratamiento	Cualitativa Nominal o categórica	Tipo de tratamiento recibido	Establecido en la ficha clínica

### **3.6. Técnicas y Procedimientos de recolección de información**

#### **3.6.1. Instrumentos de recolección de datos**

Se solicitará autorización al director de la Clínica de la Familia, para acceder a las fichas clínicas de las pacientes y se confeccionará una planilla donde se recolectará la información necesaria para lograr los objetivos propuestos.

### 3.6.2. Métodos de recolección de datos

Se solicitará autorización al director de la Clínica de la Familia. Siendo la propia autora de la investigación la encargada de recabar toda la información necesaria.

## 3.7. Asuntos estadísticos

### 3.7.1. Análisis y gestión de los datos

Se elaboró una base de datos de las variables del estudio en planilla electrónica, los resultados fueron presentados en forma de tablas y gráficos.

## 3.8. Control de calidad

Todos los datos serán recolectados y verificados de manera personal por la profesional responsable de este trabajo, para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

## 3.9. Asuntos Éticos

Este trabajo será realizado teniendo en cuenta los cuatro principios básicos de la Bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, definidos en 1979.

Autonomía: no hubo ningún tipo de presión para la colaboración en el trabajo.

Beneficencia y no maleficencia: no se realizó ningún tipo de acción que pudiera causar daño o perjuicio a las pacientes.

Justicia: todos los casos fueron analizados bajo las mismas condiciones.

## RESULTADOS

Los datos fueron recolectados desde agosto de 2016 a agosto de 2017 en el consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia.

La edad de 28 a 38 años se registró en 75 (61%) casos siendo esta la más característica, seguida por 37(30%) mujeres de 18 a 28 años.

**Tabla 2 Distribución según la edad de las pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017.**

<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
18 a 28 años	37	30%
28 a 38 años	75	61%
38 a 48 años	8	7%
48 a 58 años	3	2%
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

Con relación a la procedencia de las pacientes en estudio se registró 97 (79%) casos provenientes de la zona urbana.

**Tabla 3 Distribución según la procedencia de las pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017.**

<b>Procedencia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Urbana	97	79%
Rural	26	21%
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

La distribución de pacientes según los antecedentes familiares, dejó en evidencia 91 (74%) casos sin antecedentes.

**Tabla 4 Distribución según los antecedentes familiares de las pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017.**

<b>Antecedentes familiares</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	32	26%
No	91	74%
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

Los antecedentes familiares que presentaron el 26% de la población estudiada eran: Diabetes, hipertensión, obesidad, multiparidad, infecciones genitales previas.

Los tipos de lesiones registrada durante el periodo de estudio arrojó un resultado de 102(83%) casos con lesiones pre malignas y fueron 21(17%) pacientes con lesiones benignas.

**Tabla 5 Distribución según el tipo de lesión en las pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017.**

<b>Tipo de lesión</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Benigna	21	17%
Pre malignas	102	83%
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

De las pacientes sometidas a conización por asa (Leep), se presentó con lesiones pre malignas: CIN I 48(39%), CIN II 12(10%) y CIN III 42(34%) pacientes.

**Tabla 6 Distribución según los hallazgos por LEEP en las pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017.**

<b>LEEP</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
CIN I	48	39%
CIN II	12	10%
CIN III	42	34%

En cuanto a los factores de riesgos se obtuvo con mayor frecuencia de infecciones genitales en 57(46%) casos, seguida de múltiples compañeros sexuales en 45 (37%) pacientes.

**Tabla 7 Distribución según los factores de riesgo en las pacientes que acudieron al consultorio ginecológico de la Clínica de la Familia durante el periodo de agosto del 2016 a agosto del 2017.**

<b>Factores de riesgo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Infecciones genitales	57	46%
Bajo nivel socioeconómico	32	26%
Multiparidad	39	32%
Tabaquismo	15	12%
Múltiples compañeros sexuales	45	37%
Edad temprana en la primera relación sexual	19	15%

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Biológicamente las lesiones de CIN II y III son lesiones pre-neoplásicas con un alto riesgo de progresar a carcinoma invasor y por tanto tributarias de tratamiento. Por el contrario, las lesiones de la CIN I con mucha frecuencia constituyen la expresión de una infección transitoria producida por el VPH con una tasa de regresión espontánea del 60-80% (13). En el presente estudio los tipos de lesiones registrada durante el periodo de estudio arrojó un resultado de 102(83%) casos con lesiones pre malignas y fueron 21(17%) pacientes con lesiones benignas. De las pacientes sometidas a conización por asa (Leep), se presentó con lesiones pre malignas: CIN I 48(39%), CIN II 12(10%) y CIN III 42(34%) pacientes.

Comparando lo afirmado por Torné con el estudio realizado se puede visualizar que tanto las estadísticas obtenidas de CIN I, CIN II y CIN III como el tratamiento sugerido en ambos son comparativamente similares. El tratamiento realizado en la clínica y el sugerido por la fue el someter a crioterapia o electrofulguración a pacientes con CIN I que no se encuentren con canal comprometido mientras que pacientes con CIN II o CIN III como Leep.

El artículo "Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello" del 2013 (14), afirma según su estudio que la edad más frecuente de aparición de las lesiones es entre los 25 a 44 años, de las cuales el 67,1% su inicio sexual es de entre 16 a 20 años. El mismo concluye que cuanto más temprano se inician las relaciones sexuales mayor es la posibilidad de veces en que pueden ocurrir infecciones por HPV debido a la inmadurez del cuello de útero y por lo mismo es mayor la probabilidad de lesiones intraepiteliales a largo plazo. El artículo "Lesiones pre invasivas del cuello uterino" del 2012 (15), confirmando lo explicado por el artículo anterior, relata que durante su estudio la lesión CIN III predominó en el grupo de pacientes con rangos etarios de entre 26 a 45 años mientras que con respecto a los factores de riesgos la sexarquía precoz se reportó en el 75% de las pacientes confirmadas con HPV citológica e histológicamente. Moya Salazar J. y Pio Dávila L. del 2014 (24) en su investigación



determinaron la prevalencia de anomalías cervico-uterinas asociadas al nivel de pobreza distrital de una población de 118.016 casos donde establecieron una correlación directa estadísticamente significativa entre el nivel de pobreza y las anomalías relacionadas con el carcinoma de cuello uterino y SIL de alto grado.

Otras literaturas estudiadas también relacionan que la infección por el HPV es más frecuente en mujeres jóvenes sexualmente activas. Se han descrito prevalencias de infección de entre el 15% y el 50% en la población de 20 a 30 años. A medida que avanza la edad de las mujeres, la prevalencia del HPV pasa a un nivel alrededor de un 5% y un 10% (16-20).

Muchos estudios han relacionado al HPV y el hábito del tabaco con la aparición de lesiones precursoras y cáncer en el cuello del útero (15, 21). El tabaco tiene un efecto carcinogénico directo y produce una alteración de la inmunidad local en el cuello uterino, favoreciendo la cronificación de la infección por HPV (22).

En nuestra investigación de una población de 123 pacientes el rango etario predominante es de 28 a 38 años en un 61% seguido de 18 a 28 años en un 30%. En cuanto a los factores de riesgos se obtuvo con mayor frecuencia las infecciones genitales reiterativas en 57 (46%) casos, seguida de múltiples compañeros sexuales en 45 (37%) casos, 32 (26%) presentaron un bajo nivel socioeconómico, 19 (15%) de los casos el de relaciones sexuales precoces y 15 (12%) el tabaquismo.

Como se puede visualizar comparando los porcentajes obtenidos en esta investigación muestran una relación de coincidencia con las literaturas analizadas. En la bibliografía (14, 15, 16 y 20) el rango etario predominante es el de la etapa adulto joven comprendida entre los 20 a 40 años, la cual los autores consideran que esto se debe a que es la etapa en que las pacientes están en plenitud sexual y reproductiva, y por tanto muy expuestas al HPV responsable de la mayor cantidad de lesiones intraepiteliales y cáncer cérvico uterino. Según (14) se considera inicio precoz de las relaciones sexuales con 16 años o menos, las lecturas (14, 15) afirman que el mismo es un factor de riesgo debido a la inmadurez del cuello uterino y su susceptibilidad a contraer infecciones. En cuanto a la malignidad de las lesiones (15) concuerda con lo explicado en (13) y con lo obtenido en esta monografía.

## **CONCLUSIÓN**

En la presente monografía se obtuvieron los siguientes resultados; De una población estudiada de 123 pacientes femeninos mayores de 18 años con procedimientos realizados dentro del periodo de agosto 2016 a agosto del 2017 se pudo constatar que, los tipos de lesiones registrados dejaron en evidencia un claro predominio de lesiones pre malignas y en un menor porcentaje fueron las lesiones benignas y en otros las francamente malignas.

Los tratamientos realizados más frecuentemente son electrofulguración y conización con Leep siendo las infecciones genitales, la estenosis del orificio externo del cuello de útero y las hemorragias los factores de riesgos más vistos durante los estudios y tratamientos realizados.

## **CONFLICTOS DE INTERÉS**

La elaboración del presente trabajo no presento conflicto de interés y ningún tipo de presión sobre los resultados, los mismos fueron elaborados de acuerdo a los datos obtenidos de la Clínica de la Familia, través de las fichas de las pacientes sin intención de demostrar resultados favorables a intereses personales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez, M. M. Conocimientos acerca del Virus del Papiloma Humano en estudiantes del Nivel Escolar Básico del Colegio Nacional Dr. Pedro P. Peña de Coronel Oviedo en el año 2014. Universidad Nacional de Caaguazú., Facultad de Ciencias Médicas, Coronel Oviedo. 2014.
2. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M. Updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Obstet Gynecol.* 2013; 121:829-46.
3. Latif NA, Neubauer NL, Helenowski IB, Lurain JR. Management of adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: a comparison of loop electrosurgical excision procedure and cold knife conization. *J Low Genit Tract Dis.* 2015; 19:97-102.
4. Martin-Hirsch PP, Paraskevaidis E, Bryant A, Dickinson HO. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;12:CD001318.
5. Rene, C. Colposcopia práctica. Ed Seriba. 1986: 69-73.
6. Toziano, M. L., Castaño, R. E., Gori, J. LEEP en el tracto genital inferior femenino. Guía Práctica para su uso. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.C.F. 2012
7. Keril Guillermo Castrillo Cárdenas\* Jorge Luis Morales Arias\*\* LESIONES INTRA-epiteliales de bajo grado. revista médica de Costa Rica y Centroamérica 2010; 19 (591) 43-50.
8. Kahn JA. HPV vaccination for the prevention of cervical intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med.* 2009; 361: 271-278.
9. Tota JE, Ramana-Kumar AV, El-Khatib Z, Franco EL. The road ahead for cervical cancer prevention and control. *Curr Oncol.* 2014;21: e255-64.

10. Seifert U, Klug SJ. Early detection of cervical cancer in Germany: evidence and implementation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2014; 57:294-301.
11. Baloglu A, Uysal D, Bezircioglu I, Bicer M, Inci A. Residual and recurrent disease rates following LEEP treatment in high-grade cervical intraepithelial lesions. *Arch Gynecol Obstet*. 2010; 282:69-73.
12. Duesing N, Schwarz J, Choschzick M, Jaenicke F, Giesecking F, Issa R, et al. Assessment of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) with colposcopic biopsy and efficacy of loop electrosurgical excision procedure (LEEP). *Arch Gynecol Obstet*. 2012; 286:1549-54.
13. Torné A. Aspectos clínicos de las lesiones precursoras y del cáncer de cervix. *SEMERGEN*. 2007;33 Supl 2:22-6
14. Moré Vega A, Moya Toneut C, Pino Pérez FV, Gálvez Castellón AM, Espinosa Fuentes ML, Ávalos Arbolaes JL. Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2013;39(4):354–67.
15. Serrano DL, Millán Vega MM, Fajardo Tornés Y, Sánchez Alarcón C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012;38(3):366–77.
16. León G, Bosques O. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2005;31 (1).40-8.
17. Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virol*. 2005; 32(Suppl 1):16-24.
18. Center for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases. *MMWR* 2006; 55 RR-11.
19. Comino Delgado R, Cararach Tur M, Cortés Bordoy J, Dexeus Trias de Bes S, López García G, Puig-Tintoré LM, et al. Prevención del cáncer de cervix uterino. En: Documentos de consenso de la SEGO 2006. Madrid: Meditex, 2007: 123-178.
20. Martínez J. Diagnóstico microbiológico de infecciones de transmisión sexual. Parte II. ITS Virales. *Rev Chil Infect*. 2010; 27: 60-64.

21. Infecciones por Papiloma virus y otras Viriasis Genitales. Protocolo S.E.G.O. actualizado en 2001. Disponible en: <http://www.prosego.com>.
22. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, et al. Condom Use and the Risk of Genital Human Papillomavirus Infection in Young Women. *N Engl J Med*. 2006; 354(25): 2645-54.
23. Brown, C. a, Bogers, J., Sahebali, S., Depuydt, C. E., De Prins, F., & Malinowski, D. Role of protein biomarkers in the detection of high-grade disease in cervical cancer screening programs. *Journal of Oncology*, 2012, 289315.
24. Moya Salazar J, Pio Dávila L. Prevalencia de anormalidades cérvico-uterinas asociadas al nivel de pobreza. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*. 2014; 3:89–99.

## ANEXOS

### CENTRO PARAGUAYO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN

#### Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Edad.....

Procedencia.....

Antecedentes familiares:

.....  
.....  
.....

#### NIC

- CIN I: displasia leve
- CIN II: displasia moderada a acentuada
- CIN III: displasia severa a carcinoma in situ

LEEP.....

Tratamiento:.....

**Anexo 2: Nota de autorización al Director del Servicio.**

**CENTRO PARAGUAYO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN**

Ciudad del Este, ..... del 2018.-

El que suscribe, Doc. ...., Director del servicio de consultorio de Ginecología del Centro Paraguayo de Estudios de Población "Clínica de la Familia CEPEP" Filial Alto Paraná, concede su visto bueno para la realización, en el servicio a su cargo, la Investigación Clínica titulado: ".....", cumpliendo con las actividades descritas en el estudio y cuya investigadora es: Elena Rosa Noceda Céspedes

**Dr. ....**

**Director**

**Clínica de la Familia "Cepep"**