

1. INTRODUCCIÓN

El carcinoma cervical constituye un verdadero problema de salud pública, afecta predominantemente a la población con recursos económicos limitados. Es uno de los cánceres ginecológicos más frecuentes en América latina y el Caribe en especial en los países en vía de desarrollo, ocupando el segundo o tercer lugar en los desarrollados, solamente superado por los cánceres de endometrio, mama y ovario(1).

El diagnóstico y tratamiento de los cánceres en general es complejo, a pesar de avances enormes, esto se debe a la existencia de rutas moleculares y celulares que se encuentran alteradas lo que se expresa en múltiples fenotipos(2).

Tiene evolución lenta, desarrollándose primero las lesiones pre malignas, que son las neoplasias intraepiteliales que pueden ser diagnósticas y tratadas mediante tamices diagnósticos. La realización de métodos de tamizajes periódicos en toda la población femenina sexualmente activa o que hayan iniciado relaciones sexuales constituye el pilar diagnóstico fundamental para el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado (3,4).

El cáncer cervical uterino sigue siendo una de las entidades malignas más frecuente del mundo, el principal factor causal es la infección por el

virus del papiloma humano, cercano al 100% de las pacientes diagnosticadas están infectadas, constituye un verdadero problema de salud pública (5).

El virus del papiloma humano es un agente de transmisión sexual y es el principal autor del desarrollo del cáncer cervical, la mayoría de los hombres y mujeres sexualmente activos consiguen la infección por lo menos en una oportunidad y solo una mínima cantidad de todos ellos desarrollan las lesiones precursoras de cáncer y un grupo aún menor desarrollan cáncer de cuello uterino(6).

La infección por el HPV no genera síntomas, por lo que requiere de un método de tamizaje eficaz para el diagnóstico para poder tratar, el estudio citológico cervical y la observación directa del cuello uterino acompañado de la tinción con ácido acético al 5% y solución de lugol constituyen las piezas más relevantes para el filtro diagnóstica de la enfermedad (6,7).

El HPV es capaz de introducirse en el genoma humano, sin originar respuesta antigénica, una vez agregado al material genético del huésped es capaz de generar su poder de transformar a la célula infectada en maligna, este proceso constituye la base fisiopatológica del desarrollo del cáncer de cuello uterino (8).

Actualmente se conocen 150 tipos de HPV, 40 de ellos pueden afectar al cuello uterino y 12 son capaces de desarrollar cáncer, los tipos de HPV 16 y

18 son los responsables del 70% de canceres. La prevalencia del HPV es estimada en 15.6% en la población general de mujeres; en esta región los países con mayor prevalencia de infección por VPH son Honduras (38.6%), Costa Rica (22.4%) y Paraguay (19.8%)(7,9).

En el proceso patogénico del cáncer de cuello uterino están implicados 4 fases fundamentales(9,10) :

- Infección
- Persistencia
- Progresión
- Invasión

La mayor parte de las lesiones regresan antes de los 2 años, mediante el rol de resguardo del sistema inmunitario del organismo, aquellas que persisten a pesar del sistema inmunitario son las que progresan a cáncer de cuello uterino infiltrante. La sobreexpresión de las oncoproteínas E6 y E7 favorecen la desregulación a nivel del ciclo celular normal y este evento constituye el gatillo de la progresión a cáncer mediante la inmortalización celular y transformación maligna, las displasias cervicales son lesiones cancerosas ampliamente estudiadas, se caracterizan por las alteraciones en la maduración celular y las atipias nucleares(1,11).

El número de casos nuevos de la enfermedad es aproximadamente 500.000 por año y el 80% de ellos pertenecen a países pobres en vía de desarrollo. Los factores de riesgos para el desarrollo de la enfermedad son(6,12):

- Inicio precoz de relaciones sexuales.
- Elevado número de parejas sexuales y recientes.
- Elevados números de parejas sexuales de la pareja.
- Enfermedad inmunosupresor de base.
- Consumo de tabaco, anticonceptivos hormonales
- Co-infección con otros agentes de transmisión sexual.
- Paridad

Para la lectura de los resultados del estudio citológico cervical se utilizan varias clasificaciones , el más utilizado es el sistema de clasificación de Bethesda que podemos comparar con el sistema histológico de CIN y Displasias (1,10):

DISPLASIAS	CIN	BETHESDA
Atipias	Atipias	ASCUS,AGUS y ASC-H
HPV	HPV	LSIL
Leve	CIN 1	LSIL
Moderada	CIN 2	HSIL
Severa/carcinoma in situ	CIN 3	HSIL

El pronóstico del cáncer de cuello uterino se ve francamente afectado por el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, la gran mayoría de los casos pueden ser detectados precozmente a través de colposcopia y citología cervical siendo lesiones precursoras(13).

Los hallazgos colposcópicos anormales según la nomenclatura IFCCPC 2011 aceptada en el congreso Mundial de Río es la siguiente(14,15)

- Grado 1 o menor: epitelio acetoblanco delgado, bordes irregulares, mosaico y puntillado fino.
- Grado 2 o mayor: epitelio acetoblanco denso, aparición rápido de epitelio acetoblanco. Orificios glandulares abiertos con bordes engrosados, mosaico y puntillado grueso. Bordes delimitados, signos de límite del borde interno. Signo de cresta o sobreelevado.
- No específicos: leucoplasias, erosión, signo de lugol o test de Schiller positivo o negativo,

El diagnóstico de la neoplasia intraepitelial de cáncer de cuello uterino se establece por medio de(16,17):

- Citología cervical: considerada una de las mejores estrategias para la detección y prevención del cáncer cervical por su bajo costo y fácil implementación.

- La colposcopia que sirve para evaluar en la zona de transformación cervical, los patrones característicos observados en la infección por HPV.
- La Biopsia constituye el método más exacto para establecer el diagnóstico de las displasias y el carcinoma in situ. Se hace guiada por la colposcopia. Es además eficaz para excluir el cáncer invasor oculto y valorar las lesiones del conducto endocervical.
- La Conización es el método más exacto para realizar el diagnóstico y el tratamiento del CIN, porque permite conocer la extensión de la lesión.

El procedimiento terapéutico de la neoplasia intraepitelial cervical (CIN) se basa en el diagnóstico e incluye no solo el grado histopatológico de la neoplasia, sino la localización y extensión de la lesión. Se debe tener en cuenta la condición médica y ginecológica de la paciente, estado socioeconómico de la misma, conservación de la fertilidad, tiempo de incapacidad laboral y costos del tratamiento(17–19).

El tratamiento se considera definitivo cuando los márgenes quirúrgicos están completamente libres después de la evaluación histológica. El proceso consiste en hacer una escisión anular de tejido con cualquiera de los instrumentos cortantes, utilizando dos técnicas(20):

- Conización con asa diatérmica o cono Leep

- Conización con bisturí frío.

El Cono Leep está indicado en CIN de cualquier grado o sospecha del mismo por citología con lesión colposcópica sugestiva junto con colposcopia satisfactoria sin evidencia de invasión endocervical. Las contraindicaciones de Cono Leep(17,21,22): Legrado endocervical positivo, lesión endocervical con límites no visibles, trastorno de coagulación, cervicitis severa, menos de 3 meses de post parto, ya que es mayor el riesgo de sangrado.

Algunas de las Complicaciones del Cono Leep son(9,18,23): la estenosis cervical, el sangrado post operatorio, recidivas de la lesión, cicatrices deprimidas y anchas en la piel, pigmentación, destrucción del tejido para el estudio histológico, ruptura del electrodo produciendo laceraciones de los tejidos.

2. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General

Describir la evolución a 1 año post tratamiento, de pacientes con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado de cuello uterino en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Distrital de Lambaré en el periodo de marzo 2015 a marzo 2016.

Objetivos Específicos:

- a) Analizar el rango etario.
- b) Detallar la paridad de las pacientes.
- c) Caracterizar localidad de las mismas.
- d) Describir la edad de inicio de las relaciones sexuales.
- e) Cuantificar el número de parejas sexuales.
- f) Identificar los factores de riesgos asociados.
- g) Detallar los tratamientos utilizados.
- h) Analizar los resultados anatomo patológicos obtenidos.
- i) Cuantificar los resultados de control a los 6 meses.
- j) Detallar los resultados de control a los 1 año post tratamiento.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño Metodológico:

Tipo y diseño general del estudio: trabajo prospectivo, observacional descriptivo de corte longitudinal.

Población de estudio:

Pacientes con el diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado de cuello uterino en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Distrital de Lambaré en el periodo de marzo 2015 a marzo 2016.

3.2. Variables de estudio:

Variables	Tipo y escala	Definición conceptual	Definición operacional
Edad	cuantitativa discreta	Tiempo que ha vivido la paciente	En años consignados en la ficha clínica.
Edad de inicio de relaciones sexual	Cuantitativa discreta	Edad en el momento del primer contacto sexual.	Edad consignada en la ficha clínica.
Número de Parejas sexuales	cuantitativa discreta	Número de parejas sexuales desde el inicio hasta la fecha.	Numero entero consignada en la ficha clínica como NPS.
Número de hijos	cuantitativa discreta	Número de hijos que ha tenido la paciente.	Numero entero consignado en la ficha clínica.

Factores de Riesgo	Cualitativa nominal	Factores de riesgos para cáncer de cuello uterino	Consignadas en la ficha: Enfermedades inmunodepresoras Infección por HIV Tabaquismo Consumo de anticonceptivos orales. Infección de transmisión sexual.
Resultado de anatomíapatológica	Cualitativa Nominal	Resultados arrojados por el servicio de Anatomía Patológica	Informe hecho mediante sistema de CIN: Atipias, HPV, CIN 1, CIN 2, CIN 3
Evolución a los 6 meses	Cualitativa nominal	Control de citología 6 meses después del procedimiento	Referidos en el resultado como : Negativo para LIE LIE de bajo grado LIE de alto grado
Evolución a los 12 meses	Cualitativa nominal	Control de citología 1 año después del procedimiento	Referidos en el resultado como : Negativo para LIE LIE de bajo grado LIE de alto grado

3.3. Técnicas y Procedimientos de recolección de información:

Una vez obtenida la lista de pacientes que fueron sometidas a procedimiento, se realizará la búsqueda de datos clínicos y anatomopatológicos de las pacientes mediante la ficha clínica y se procederá al llenado de la ficha de recolección de datos.

3.3.1. Métodos de recolección de datos

Revisión selectiva de los datos de las planillas de registros del Hospital, donde son seleccionadas las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, luego fueron registrados en la ficha de recolección de datos (Anexo 1) que fue elaborada para el efecto.

3.4. Asuntos estadísticos:

3.4.1. Análisis y gestión de los datos

Los cálculos de ordenamiento y el procesamiento de los datos fueron realizados mediante la herramienta Microsoft Excel 2013.

Se utilizó estadística descriptiva, mediante frecuencia y porcentaje para variables cualitativas y, media y desvío estándar para cuantitativas; representados en gráficos.

3.5. Control de calidad:

Para garantizar que la información sea fidedigna los datos fueron recolectados exclusivamente por los investigadores. Todos los datos fueron obtenidos de la ficha clínica de las pacientes y el resultado de estudio de cuello uterino. Una vez terminado el llenado de la ficha de recolección, los datos serán sometidos al sistema de filtro de errores.

3.6. Asuntos Éticos:

Se garantizó preservar la identidad de las pacientes. No se utilizaran datos personales. Se cuenta con el permiso de la jefatura del servicio para la realización del trabajo. Una vez terminado el protocolo de investigación será evaluado por el comité de ética del Hospital Nacional. Se consideraran todos los pilares de la ética al momento de realizar el trabajo

4. RESULTADOS

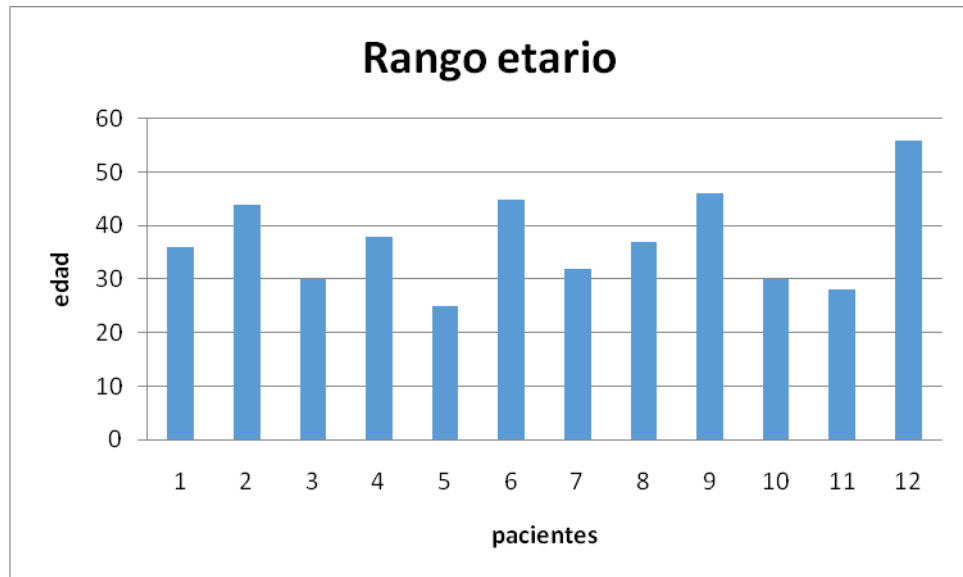
Fueron revisados 5474 casos de pacientes que consultaron en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Distrital de Lambaré en el periodo de 1 año, de marzo 2015 a marzo 2016 de las cuales 12 pacientes fueron diagnosticadas y tratadas en la institución. (Tabla 1)

Tabla 1: Resultados obtenidos. Hospital Distrital de Lambaré. Periodo: marzo 2015 a marzo 2016. Unidad de Patología Cervical del Hospital

paciente	edad	localidad	hijos	Inicio de relación	parejas	factor de riesgo	anat. Patológica	tipo	6 meses	1 año
MM	36	ASUNCION	3	15	3	fuma	CIN II	leep	UEBG	negativo UE
MO	44	LAMBARE	5	16	4	aco	CIN III	leep	UEAG	UEBG
FR	30	LAMBARE	3	15	3	ets	CIN II	leep	negativo UE	negativo UE
MG	38	LAMBARE	3	16	3	fuma	CIN III	cono	UEBG	/
AF	25	ASUNCION	2	17	4	fuma	CIN II	leep	negativo UE	/
MB	45	LAMBARE	5	16	4	aco	CIN III	cono alto	UEBG	negativo UE
RC	32	LAMBARE	3	18	3	fuma	CIN III	cono alto	UEBG	/
EA	37	LAMBARE	2	18	3	fuma	CIN III	cono alto	UEBG	/
LL	46	LAMBARE	3	15	4	fuma	CIN III	cono alto	UEBG	negativo UE
CG	30	LAMBARE	4	16	4	aco	CIN II	leep	negativo UE	/
NM	28	LAMBARE	3	17	3	its	CIN III	cono alto	UEBG	negativo UE
MA	56	LAMBARE	4	18	3	fuma	CIN II	leep	negativo UE	/

El rango etario poblacional está comprendido entre 25 y 56 años con una media es de $37,25 \pm 9,06$ años, mediana 36,5 años y moda de 30 años. El 66,66% de las pacientes son mayores de 30 años. (Gráfico 1).

Gráfico 1: Rango etario. Unidad de Patología Cervical del Hospital Distrital de Lambaré. Periodo: marzo 2015 a marzo 2016.



En relación a la paridad de las pacientes ninguna paciente fue nulípara, 16,66%(n: 2) fueron secundíparas, 50%(n: 6) fueron tercíparas y 33,33%(n: 4) fueron múltíparas (Tabla 2).

Tabla 2: Paridad. Hospital Distrital de Lambaré. Periodo: marzo 2015 a marzo 2016. Unidad de Patología Cervical del Hospital

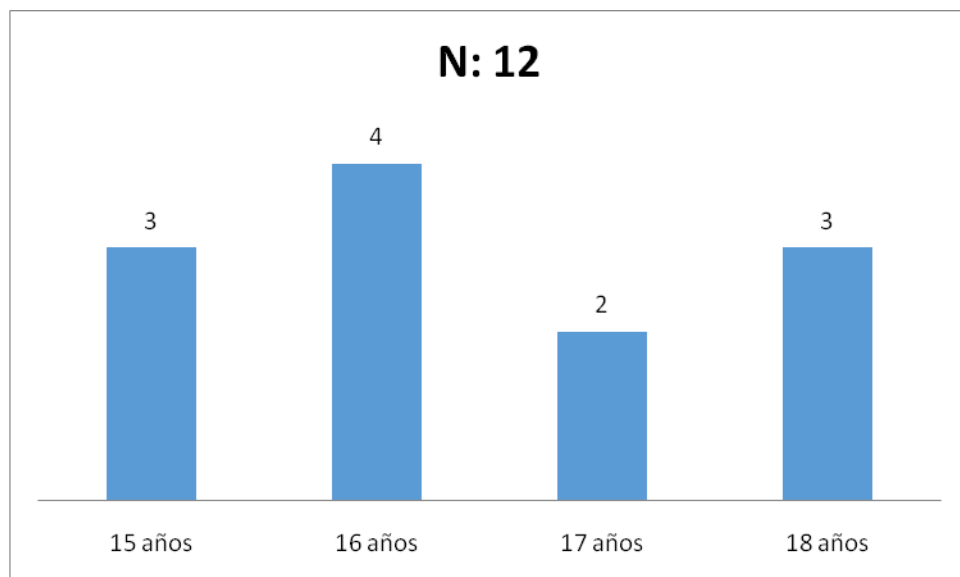
Paridad	Número	%
Nulíparas	0	0
Secundíparas	2	16,66
Tercíparas	6	50
Múltíparas	4	33,33

En cuanto a la procedencia 10 de las pacientes pertenecen a Lambaré y 2 a Asunción.

CIUDAD	CANTIDAD
Lambaré	10
Asunción	2
TOTAL	12

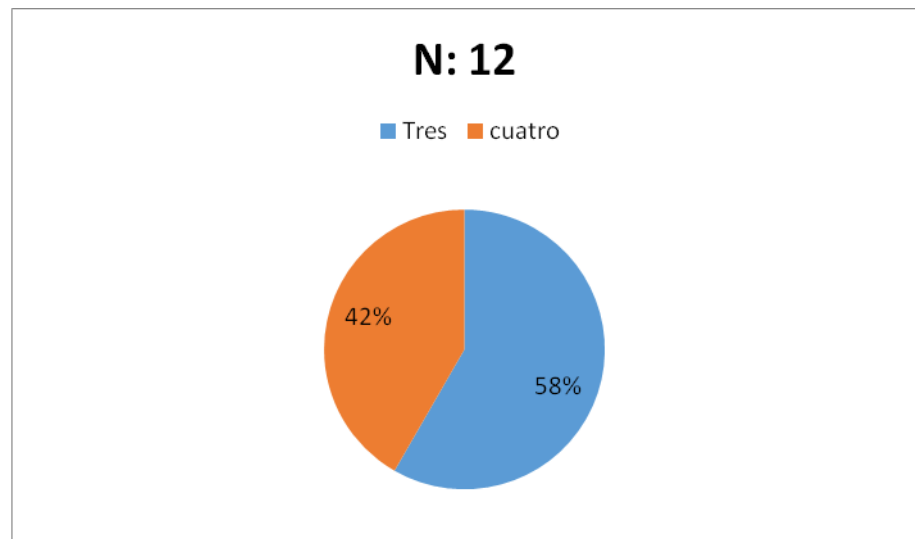
En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, el 100% de las pacientes iniciaron relaciones sexuales antes de los 19 años, el 25%(n:3) a los 15 años, 33,33%(n: 4) a los 16 años, 16,66%(n: 2) a los 17 años y 25%(n: 3) a los 18 años (Gráfico 2).

Gráfico 2: Inicio de las relaciones sexuales. Unidad de Patología Cervical del Hospital Distrital de Lambaré. Periodo: marzo 2015 a marzo 2016.



El número de parejas sexuales fueron 100 % mayores de 2, siendo el 58%(n: 7) de las pacientes refirieron haber tenido 3 parejas sexuales y 42%(n: 5) 4 parejas sexuales (Gráfico 3).

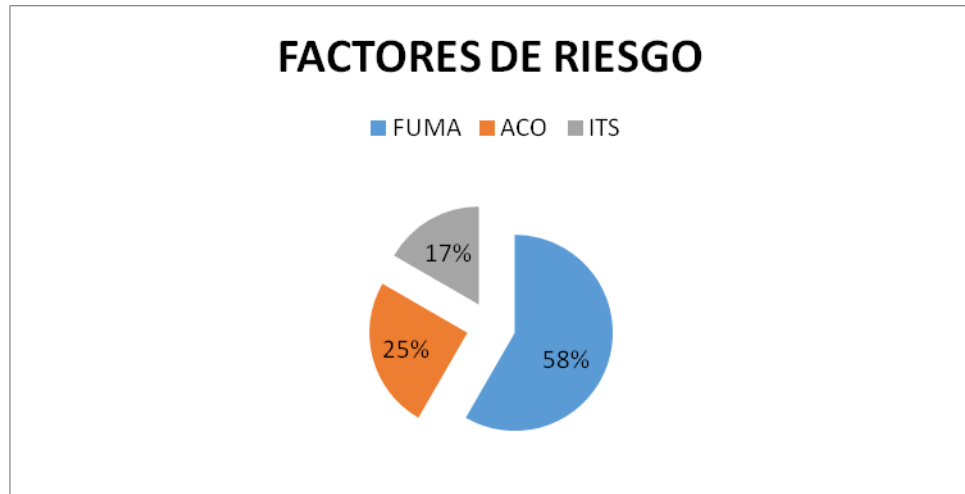
Gráfico 3: Número de parejas sexuales. Unidad de Patología Cervical del Hospital Distrital de Lambaré. Periodo: marzo 2015 a marzo 2016.



Al investigar sobre los factores de riesgo se obtienen estos resultados: 7 mujeres FUMA, 3 de ellas utilizan ACO y 2 presentan infecciones de transmisión sexual. (ITS) (Gráfico).

FACTOR DE RIESGO	CANTIDAD
FUMA	7
ACO	3
ITS	2
TOTAL	12

Gráfico 4: Factores de Riesgo. Unidad de Patología Cervical del Hospital Distrital de Lambaré. Periodo: marzo 2015 a marzo 2016.



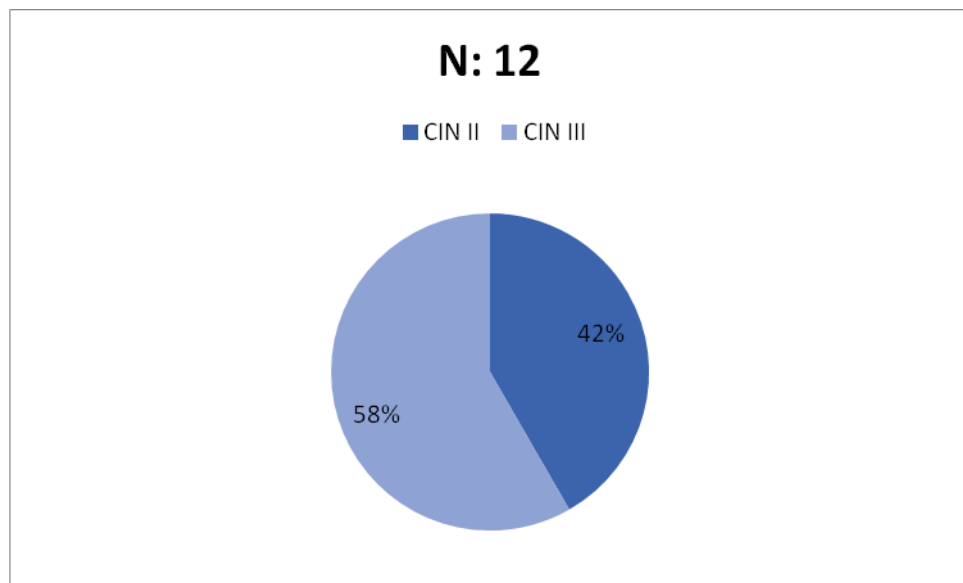
El tratamiento realizado a estas pacientes coinciden en 50 % para LEEP y de 50% con CONO ALTO. (Tabla 3)

. Tabla 3: Tratamiento realizado. Hospital Distrital de Lambaré. Periodo: marzo 2015 a marzo 2016. Unidad de Patología Cervical del Hospital

TRATAMIENTO	CANTIDAD
Cono Alto	6
Leep	6
TOTAL	12

Los resultados de anatomía patológica de la muestra informaron Neoplasia intraepitelial cervical (CIN) II en el 42% (n: 5) de los casos y 58% (n: 7) CIN III (Gráfico 5).

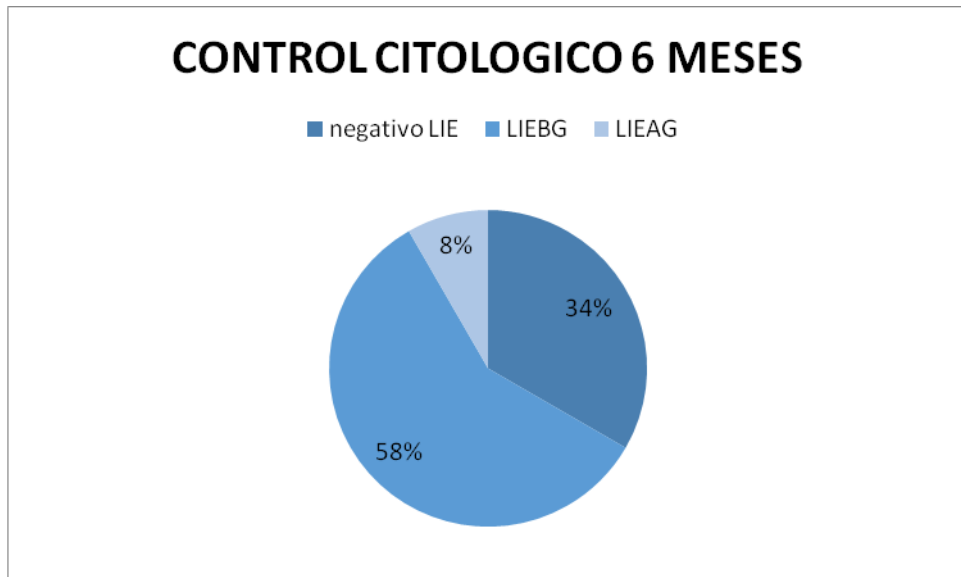
Gráfico 5: Anatomía patológica. Unidad de Patología Cervical del Hospital Distrital de Lambaré. Periodo: marzo 2015 a marzo 2016.



La citología de control a los 6 meses post como LEEP arrojó 8%(n: 1) LIE de alto grado, 58%(n: 6) LIE de bajo grado y 34%(n:4) negativo para LIE. (Gráfico 6).

CONTROL A LOS 6 MESES	CANTIDAD
negativo LIE	4
LIEBG	7
LIEAG	1
TOTAL	12

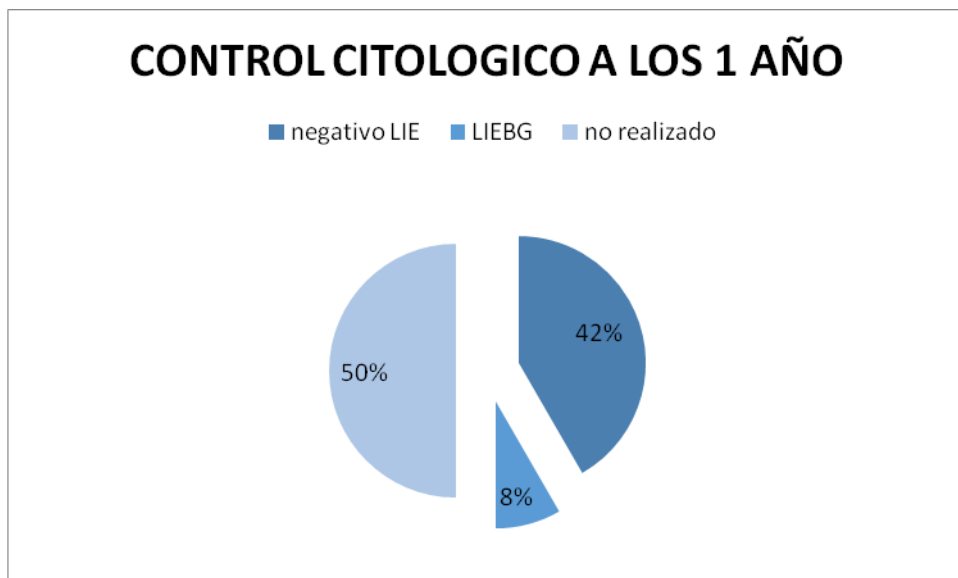
Gráfico 6: Citología 6 meses post cono LEEP. Unidad de Patología Cervical del Hospital Distrital de Lambaré. Periodo: marzo 2015 a marzo 2016.



La citología de control a los 1 año post cono LEEP arrojó 42% (n:5) normal o negativa para LIE, 8% (n:1) LIE de bajo grado y 50%(n:6) no realizado (Gráfico 7).

CONTROL A LOS 1 AÑO	CANTIDAD
negativo LIE	5
LIEBG	1
no realizado	6
TOTAL	12

Gráfico 7: Citología 1 año post cono LEEP. Unidad de Patología Cervical del Hospital Distrital de Lambaré. Periodo: marzo 2015 a marzo 2016.



5. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación es describir la evolución a 1 año post tratamiento de pacientes con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado de cuello uterino en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Distrital de Lambaré en el periodo de marzo 2015 a marzo 2016.

Las edades límites en nuestra población fueron 25 y 66 años, la media de edad fue de $37,25 \pm 9,06$ años datos que son comparables a otros estudios realizados(8,24).

La persistencia de las lesiones es de 66% de las pacientes en el control citológico a los 6 meses, de los cuales 8% (n:1) fueron de LIE de ALTO GRADO, que es un porcentaje prácticamente igual a la observada en otros estudios, en la población del estudios realizado por García Ortega, Hazarmabeth (2016) observaron una persistencia de 6,6% a los 2 años de seguimiento(25).

En un estudio realizado por Gino Venegas et all en el 2017 se concluyó que el estado de los márgenes del cono LEEP no altera la posibilidad de recidiva ni persistencia de la lesión, con una persistencia de 5,55% en su grupo de estudio(23).

El tiempo promedio de recidiva en otros estudios fue diferente a lo observado en nuestra población, siendo superior al nuestro llegando a una media de 21 meses(23,26).

Durante el seguimiento no se encontraron casos que progresaron a cáncer de cuello uterino, este dato es similar a los otros estudios donde tampoco se observaron casos infiltrante y el algunos muy baja incidencia(27,28).

Los factores de riesgos más importantes igual que otros grupos analizados fueron el inicio precoz de las relaciones sexuales y el alto número de parejas sexuales(29,30).

6. CONCLUSIONES

Este trabajo que fue elaborado en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Distrital Lambaré y concluimos:

- El rango etario se encuentra entre 25 y 56 años. La media de edad de la población es de $37,25 \pm 9,06$ años, mediana 36.5 años y moda de 30 años.
- Más de la mitad de las pacientes son mayores de 30 años
- La mayoría de las pacientes eran tercíparas.
- La totalidad de las pacientes son del departamento central. La mayoría de Lambare.
- La totalidad de las pacientes iniciaron relaciones sexuales antes los 19 años y la mayoría a los 15 años.
- Casi la mitad de las pacientes refirieron haber tenido al menos 4 parejas sexuales.
- Más de la mitad de las pacientes fuman.
- Menos de la mitad utilizan ACO y en número menor presenta comorbilidad con ETS.
- El tratamiento realizado a estas pacientes coinciden en 50 % para LEEP y de 50% con CONO ALTO.
- Los hallazgos de anatomía patológica fueron CIN II (42%) y CIN III. (58%)
- La persistencia de LIE ALTO GRADO a los 6 meses fue de 8%

- A los 12 meses la mitad de las pacientes no se realizaron sus controles citológicos, el 8%(n:1) LIE de bajo grado y 42%(n:5) negativa para LIE.

7. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Durante la realización del estudio las limitaciones fueron mínimas, lo más importa fue la falta de registro de los datos de las pacientes.

Las recomendaciones más oportuna es dar seguimiento al estudio determinando la evolución de las lesiones en un mayor periodo de tiempo y revisar las indicaciones según guías para la realización de los procedimientos teniendo en cuenta factores como la edad.

8. CONFLICTOS DE INTERES

El estudio no presenta ningún conflicto de interés, es de carácter netamente académico, no existen otros intereses diferentes al de los investigadores. Los datos, la realización y los costos fueron saldados por el autor.

Está confeccionado dentro del contexto de monografía de fin de carrera de la especialidad médica de Tracto genital inferior y colposcopia.

Los datos fueron obtenidos del servicio de Unidad de Patología Cervical del Hospital Distrital de Lambaré previa autorización de la Jefatura.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Solangel C-G, Flor Victoria C-D, María Mercedes L-V. Living with cervical carcinoma in situ: experiences of women seen at a hospital in Risaralda, Colombia, 2016. Qualitative study. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2017;(2):112.
2. Ortega Ó, Ondo-Méndez A, Garzón R. Activación de STAT3 por hipoxia en modelos in vitro de cáncer de cuello uterino y en células endoteliales. *Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud*. 2017 Jan;37(1):119–30.
3. Aranguren Pulido LV, Burbano Castro JH, González JD, Mojica Cachope AM, Jimena Plazas Veloza D, Migdolia Prieto Bocanegra B. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. *Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo*. 2017 Jul;19(2):129–43.
19. Andressa Moura D, Laércio Lima L, Inês Echenique M. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2017;(1):71.
5. Nozar MF, Briozzo L. Cervical cancer in Uruguay. Controversies in prevention. / *Cáncer de cuello uterino en Uruguay. Controversias en la prevención*. *Revista Medica del Uruguay*. 2017;33(1):64–70.
6. Andrés M-P, Henry M-O, Cesar R-B, James M-M, Cesar M-P. Caracterización Sociodemográfica Y Estudio De Tamizaje De Cáncer Cérvico Uterino En Un Centro De Salud Universitario En Popayán Cauca Durante El Año 2015. *CIMEL*. 2017 Jul;22(2):8–13.
18. Malvina PB, María I R-R, Elena K, Amalia C, Elizabeth O, Natalia L, et al. Knowledge, attitudes and practice on human papilloma virus (HPV) and cervix cancer in women who were 30 years old or more, from a riverside neighborhood of Asuncion. 2012. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*. 2016;(1):37.
8. Juan Carlos PN, Gustavo CC, Rafael FC, Gabriel CC, Mileidy CT, María Mercedes GR. Identificación molecular de genotipos papilomavirus humanos en pacientes con cáncer de cuello uterino. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2016;288.
9. Consenso Nacional Intersociedades sobre Cáncer de Cuello Uterino: Agosto 2015 / Joint National Societies Consensus on Cervical Cancer: August 2015. *Revista argentina de radiología*. 2017;(2):157.
10. Vidal C, Hoffmeister L, Biagini L. Trend in cervical cancer mortality in Chile: application of joinpoint regression models. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*. 2013;33(6):407–13.

11. Plummer E, Molano M, Phillips S, Cornall AM. Technical Issues Associated With Estimating the Prevalence of HPV-52 in Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Advances in Tumor Virology*. 2017 Jan;(7):1–7.
12. Núñez-Troconis J. Cigarrillo y cáncer de cuello uterino. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2017 Apr;82(2):144–52.
13. Katz LMC, Souza ASR, Fittipaldi SO, Santos G de M, Amorim MMR. Concordância entre citología, colposcopia e histopatología cervical. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010;(8):368.
14. Cordero Sánchez GY. Correlación entre citología cervical y la histopatología de las biopsias por colposcopia en pacientes con patologías cervicales. Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños de Enero 2013 a Diciembre 2014 [Internet] [other]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2016 [cited 2018 Jul 12]. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/3201/>
15. Sierra LEL. Diagnóstico clínico de lesiones premalignas de cuello de útero con inspección visual al ácido acético al 5 %. *Revista de Información Científica*. 2016;95(2):317–30.
10. Souza CAS de, Discacciati MG, D' Otaviano MG, Bergo SM, Traue M, Andrade LAL de A, et al. Subdiagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 2 ou lesão mais grave emmulheres combiópsia dirigida por colposcopia prévia mostrando NIC 1. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2017;(3):123.
17. Concepción J, Álvarez E, Reyes O. Tratamiento observacional vs. ablativo de las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado. Estudio de cohorte pareado retrospectivo. Enero 2010-Enero 2014. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2017 Jan 1;44(1):16–20.
18. Antara C, Pamela N. Evolución de la displasia leve de cérvix en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2011 – 2016. Universidad Privada San Juan Bautista [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 20]; Available from: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/551>
9. Abolafia-Cañete B, Monserrat-Jordán JÁ, Cuevas-Cruces J, Arjona-Berral JE. Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix: correlación entre citología, colposcopia y biopsia. *Revista Espanola de Patologia*. 2017 Jul 21;
4. Ortiz-Muchotrigo NA, Torres-Solano JL, Obando-Corzo MF, Fabian-Manzano JE. Correlación entre el grado de neoplasia intraepitelial cervical y la expresión dual de p 16 y ki67 en biopsia de cuello uterino en el Hospital Santa Rosa de Lima Peru. Año 2016. *Revista Médica Panacea*. 2018 Feb 1;6(3):90–3.
13. Arellano Galvez M del C, Castro Vasquez M del C. El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cancer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales*. 2013 Jul;21(42):259–78.

22. Espinel T, Rocío AD. Determinación de las complicaciones maternas fetales más frecuentes producidas por el virus papiloma humano en adolescentes embarazadas. 2017 [cited 2018 Mar 20]; Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/9973>
23. Venegas-Rodríguez G, Cardoza-Jiménez K, Alvarez M, Santos C, Mariátegui JC, Velarde C, et al. Recurrencia/persistencia de neoplasia intraepitelial cervical posterior a cono LEEP en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Horizonte Médico*. 2017 Jan;17(1):6–10.
24. Sarmiento C, Vicente J. Cáncer de Cérvix, correlación entre los resultados de la biopsia y cono leep con la imagen colposcópica. Hospital Luis Vernaza [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2016 [cited 2018 Sep 6]. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/reduj/22528>
25. García Ortega H. Persistencia de las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado de cérvix, posterior a tratamiento con electrocirugía-ASA (LEEP), en la clínica de colposcopia del Hospital Berha Calderon del período dl Enero 2013 a Diciembre del 2015 [Internet] [other]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2016 [cited 2018 Sep 6]. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/3060/>
26. Speck NM de G, Pinheiro J da S, Pereira ER, Rodrigues D, Focchi GR de A, Ribalta JCL, et al. Cervical cancer screening in young and elderly women of the Xingu Indigenous Park: evaluation of the recommended screening age group in Brazil. *Einstein (São Paulo)*. 2015 Mar;13(1):52–7.
27. Orellana H. R, Celis M de, Carlos J, Olgún C. F, Sánchez Z. F, Muñoz A. J, et al. Tipificación viral en el seguimiento de conización: Rol pronóstico de la persistencia del HPV post cono con asa. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2018 Apr;83(2):130–8.
28. Sánchez S, Margarita L, Pinares M, Delia C. Prevención secundaria en cáncer de cuello uterino en usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco, 2017. Universidad Andina del Cusco [Internet]. 2017 Aug 10 [cited 2018 Mar 6]; Available from: <http://repositorio.uandina.edu.pe:8080/xmlui/handle/UAC/1031>
29. Manley KM, Simms RA, Platt S, Patel A, Bahl R. Unsatisfactory colposcopy: clinical decision-making in conditions of uncertainty. *BMC Medical Informatics And Decision Making*. 2017 Aug 22;17(1):125–125.
30. Cárdenas TF, Pita RS. Resultados colposcópicos en adolescentes del sur de Veracruz. *Arch Med Actual Trac Gen Inf* [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 8];6(11). Available from: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=52556>

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Anexo 2: Autorización del Jefe de Servicio de Ginecología

Anexo 3: Aprobación tutor metodológico