



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PREVENCIÓN DE CÁNCER
GINECOLÓGICO

Trabajo Académico

Hallazgos diagnósticos y abordaje terapéutico del carcinoma in situ de cuello
uterino: reporte de caso

Para optar el Título de
Especialista en Prevención de Cáncer Ginecológico

Presentado por:

Autora: Becerra Goicochea, Lorena Judith

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7116-9212>

Asesora: Dra. Sanz Ramirez, Ana Maria

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7515-5336>

Lima – Perú

2026

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, BECERRA GOICOCHEA , LORENA JUDITH, egresada de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Obstetricia** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico de la segunda especialidad en prevención de cáncer ginecológico se titula: **“Hallazgos diagnósticos y abordaje terapéutico del carcinoma in situ de cuello uterino: reporte de caso”**

Asesorado por el docente: ANA MARIA SANZ RAMIREZ DNI 10556523 ORCID 0000-0002-7515-5336 tiene un índice de similitud de (11) (ONCE) % con código [https://uwiener.turnitin.com/viewer/submissions/oid::: 14912:592761095](https://uwiener.turnitin.com/viewer/submissions/oid:::14912:592761095) verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Lorena Judith Becerra Goicochea
 DNI: 41737025.

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



.....
 Firma
 Ana María Sanz Ramírez
 DNI: 10556523

Lima, 19 de 05 de 2026

INDICE

Dedicatoria

Agradecimiento

Índice

Índice de tablas

Resumen

Abstrac

- 1. Introducción**
- 2. Marco Teórico**
- 3. Abordaje de la Investigación**
- 4. Presentación de caso clínico**
- 5. Conclusiones y recomendaciones**
- 6. Consentimiento informado y Registro de Datos**
- 7. Referencias**
- 8. Anexos**
- 9. Galería fotográfica**

DEDICATORIA

El estudio está dedicado a Dios por la fortaleza que me brinda en todo momento, a mi esposo Jorge y a mi hija Isabel con amor, por darme esperanzas y por su apoyo constante.

AGRADECIMIENTO

Manifiesto mi gratitud a la Universidad Norbert Wiener, por brindarme la oportunidad de crecer académicamente, así mismo, por brindarme el acompañamiento institucional para mi desarrollo profesional

Agradezco a los docentes de la Segunda Especialidad en Prevención de Cáncer Ginecológico, por su orientación y por el cumplimiento de los objetivos trazados en cada curso.

Expreso mi gratitud al Hospital Regional Docente de Cajamarca, por permitirme acceder a los datos recolectados en este caso clínico, esenciales para la investigación

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU) es una enfermedad que puede ser prevenible, así como diagnosticado oportunamente; sin embargo, a nivel mundial en el 2022 se detectaron más de 20 millones de casos nuevos de cáncer y alrededor de 660 000 correspondían a cáncer de cuello uterino, causando 350 000 muertes, de esta forma el cáncer de cuello uterino se sitúa como la cuarta causa de mortalidad por cáncer en mujeres (1,2) El cáncer de cuello uterino está vinculado a la infección por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo, específicamente los tipos 16 y 18 son los responsables de más del 70% de casos a nivel mundial, poniendo en evidencia la relevancia de procedimientos preventivos (3). Estos resultados permiten ver las desigualdades sanitarias por la limitada disponibilidad de vacunas, tamizajes preventivos e intervenciones terapéuticas para lesiones precursoras (2,3).

En la última década América Latina y el Caribe (ALC) ha reportado descensos graduales de incidencia y mortalidad, pero aún se mantiene por encima del umbral de eliminación propuesto por la OMS (1 muertes por 100 000 mujeres). A diferencia de lo observado en algunos países de África la ocurrencia de cáncer de cuello uterino es elevada (4, 5, 6). Esto resalta la urgencia de fortalecer la prevención en los países de ALC e implementar políticas de vacunación universal pero sostenida en el tiempo, así como políticas educativas en el primer nivel de atención.

En los últimos años a pesar de que se han establecido planes de vacunación contra el VPH en países como Brasil, Chile, Ecuador y Perú, en otros países de ALC no se han consolidado programas de prevención lo que perpetúa la transmisión por el virus (7), esta situación demuestra que se deben implementar otras estrategias para la prevención del CCU.

En el Perú 4270 mujeres se diagnostican cada año, pero alrededor de 2288 fallecen por esta enfermedad, ubicando al cáncer de cuello uterino como el más habitual en esta región (8,9). De esta manera el Perú se sitúa en la región con alta tasa de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino (10). No obstante, otros estudios demuestran una alta tasa de cáncer de cuello uterino sobre todo en las poblaciones más vulnerables de Loreto (11), es posible que esta situación se presente por muchos factores como la dispersión geográfica, las diferencias culturales, lingüísticas y la baja disponibilidad de pruebas moleculares.

En cuanto al tamizaje por citología o inspección visual con ácido acético está directamente relacionada con el nivel educativo de las mujeres, así como el tipo de seguro con el que cuentan (12). Otro estudio reporta que solo el 50,5% de tamizajes de prevención se cumplen, sin embargo, no cumple con el porcentaje requerido para disminuir los casos de CCU (13). Fortalecer los tamizajes permitirán mejorar los sistemas de referencia garantizando con ello los tratamientos oportunos.

En la región Cajamarca, la mayor proporción de casos de cáncer se presentan en mujeres que viven en la zona rural, en su mayoría amas de casa y con grado de instrucción primaria, acudiendo al Hospital Regional de Cajamarca en estadios clínicos avanzados (14, 15), observándose la interacción con los determinantes sociales y las demoras en la atención en salud. En conjunto, estos datos demuestran las desigualdades sociales en la región sobre todo por la alta mortalidad por CCU y refuerza la necesidad de estudios orientados a mejorar las estrategias preventivas. (2,3).

Seguidamente, se expone un caso clínico de cáncer de cuello uterino el cual permite hacer una reflexión crítica para identificar factores de riesgo y favorece a mejorar la atención de los profesionales de la salud.

MARCO TEÓRICO

1. Cáncer de cuello uterino

Definición

El cáncer de cuello uterino se origina como un proceso tumoral maligno en el cérvix, asociada principalmente a la infección por Virus de papiloma Humano de alto riesgo (VPH) (16, 17).

Para el estudio el cáncer de cuello uterino es una enfermedad que se caracteriza por la propagación descontrolada de celular malignas, resultado de una infección persistente por VPH, de evolución lenta lo que permite su detección oportuna.

Importancia en salud pública

El cáncer cervicouterino corresponde a nivel mundial un problema de salud pública, en ese contexto, se considera uno de los cánceres más frecuentes en las mujeres (18) que repercute en el bienestar económico, social y psicológico de las pacientes y su familia.

Actualmente, muchos países han implementado políticas de prevención como la vacunación para el VPH, pruebas de tamizaje con citología y pruebas moleculares que permiten detectar a tiempo los virus de alto riesgo y las lesiones precursoras; es por ello, que las estrategias de prevención tienen un lugar importante en los programas de salud pública para reducir la incidencia y mortalidad por cáncer.

En contraste con lo anterior la alta tasa de cáncer de cuello uterino en países de ingresos bajos y medianos refleja las desigualdades en salud y sobre todo la persistencia de las barreras de acceso a una atención en salud de calidad (19). En América se ha observado desigualdades socioeconómicas que condicionan la carga de la enfermedad y por tanto dificultan coberturas efectivas en la atención oportuna (20).

Abordar el cáncer de cuello uterino desde una perspectiva de salud pública y clínica permite examinar el impacto en las cifras de incidencia y mortalidad por esta enfermedad, al evidenciar la interacción entre el sistema sanitario

En este sentido, el análisis de casos clínicos permite el valor formativo y operativo ya que permiten analizar los procesos de tamizaje, diagnóstico y manejo identificando oportunidades de mejora en la práctica asistencial. El análisis sistemático de estos casos permite fortalecer la toma de decisiones clínicas en la detección oportuna del cáncer, generando evidencia científica que permitan intervenciones preventivas más eficientes, especialmente en regiones de recursos limitados.

2. Carcinoma in situ de cuello uterino

El carcinoma *in situ* de cuello uterino (CIS) se caracteriza por presentar una lesión neoplásica intraepitelial de alto grado en la cual las células malignas se encuentran ocupando todo el espesor del epitelio del cuello uterino, sin evidencia de invasión a otras estructuras. De acuerdo con la World Health Organization, este estadio es el más avanzado dentro de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino y corresponde a la neoplasia intraepitelial cervical grado 3 (NIC 3) (ver tabla 1) (21).

En la tabla 1 se presenta la equivalencia de terminología entre los conceptos de displasia y carcinoma in situ de cuello uterino y las clasificaciones actuales basadas en la neoplasia cervical (NIC) y el sistema Bethesda.

Tabla 1. Terminología de la displasia y carcinoma in situ según la clasificación de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y el sistema Bethesda

Terminología de displasia	Terminología NIC original	Terminología NIC modificada	Sistema Bethesda – Terminología LIE (1991)
Normal	Normal	Normal	Dentro de los límites normales / Cambios celulares benignos (infección o reparación)
Atipía	Atipía coilocítica, condiloma plano, sin cambios epiteliales	NIC de bajo grado	ASCUS/AGUS
Displasia o discariosis leve	NIC 1	NIC de bajo grado	L-LIE
Displasia o discariosis moderada	NIC 2	NIC de alto grado	H-LIE
Displasia o discariosis grave	NIC 3	NIC de alto grado	H-LIE
Carcinoma <i>in situ</i>	NIC 3	NIC de alto grado	H-LIE

Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor
-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Fuente: Adaptado de Sellors JW, Sankaranarayanan R. *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes*. Capítulo 2: Introducción a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2003.

El origen de estas lesiones se vincula estrechamente con el VPH de alto riesgo como los genotipos 16 y 18 (22, 23). Al realizar la inspección visual con ácido acético más colposcopia se pueden observar las diferencias entre el epitelio normal y las zonas que ya están lesionadas, de esta manera se puede seleccionar la región de interés para su diagnóstico (ver figura 1)

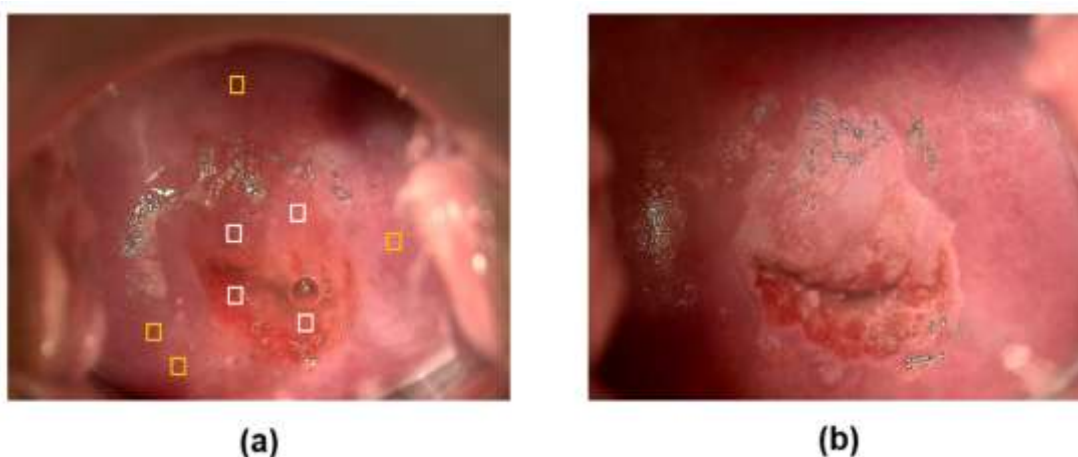


Figura 1. Imágenes colposcópicas del cuello uterino utilizadas para la selección de regiones de interés: (a) imagen en luz blanca convencional que muestra áreas de lesión (cuadros blancos) y mucosa cervical normal (cuadros amarillos); (b) imagen de referencia posterior a la aplicación de ácido acético que confirma la localización de las regiones de interés.

Fuente: Adaptado de Tran VT, Pham TH, Phan NKC. *Cervical image visualization and improvement for clinical support in diagnosis and treatment*. *Scientific Reports*. 2025; 15:41732.

3. Infección por VPH

Con respecto a la infección por VPH, se ha considerado que la causa principal son los genotipos de alto riesgo, sin embargo, la mayor parte de las infecciones desaparecen de manera espontánea. Cuando se presenta una persistencia del VPH progresan a lesiones intraepiteliales a cáncer, facilitando inflamación crónica en el cuello uterino y cambios celulares (18, 24, 25). Dentro de los factores que elevan el riesgo de infección persistente son la inmunosupresión (incluido el VIH), múltiples parejas sexuales y otros factores conductuales y biológicos que modifican la respuesta inmune local (ver tabla 2) (25, 26, 27).

Tabla 2. Factores gineco-obstétricos asociados (cofactores en mujeres con VPH)

Cofactor gineco-obstétrico	Descripción	¿Cómo incrementa el riesgo en mujeres con VPH?
Alta paridad	Haber tenido varios partos (p. ej., ≥ 3 partos, según tu criterio operativo)	Se relaciona con el mayor riesgo de progresión (de infección/persistencia a lesión de alto grado y cáncer) en mujeres VPH+, probablemente por cambios hormonales sostenidos, microtrauma cervical, mayor exposición de la zona de transformación y modulación inmune local.
Uso prolongado de anticonceptivos orales combinados (AOC)	Uso de AOC por tiempo prolongado (frecuente: ≥ 5 años)	Evidencia epidemiológica describe asociación con incremento de riesgo de cáncer cervical en mujeres con VPH, con patrón dependiente de duración; el riesgo puede disminuir tras la suspensión con el tiempo.
Inicio sexual temprano	Inicio de relaciones sexuales a edad temprana (p. ej., < 18 años; define tu umbral)	Aumenta el tiempo de exposición al VPH y coincide con un epitelio cervical en maduración, lo que puede favorecer adquisición/persistencia y, con cofactores adicionales, progresión a lesión.

Fuente: Adaptado de 25, 26, 27

4. Métodos diagnósticos

Con respecto a los métodos para el diagnóstico del VPH y el cáncer de cuello uterino van de manera escalonada: primero se debe realizar el tamizaje para detectar infección por el VPH, una vez identificado se realiza la colposcopia y finalmente la biopsia. Dentro de este marco, las guías internacionales y nacionales indican que las pruebas moleculares para detectar VPH de alto riesgo son altamente sensibles y permiten intervalos más largos de tamizaje si el resultado es negativo (19, 28, 29).

4.1. VPH molecular (ADN). La detección molecular de VPH permite identificar el ADN de VPH de alto riesgo en las células del cuello uterino, y ampliamente recomendado como método primario en estrategias de screening. La identificación de los virus de papiloma 16 y 18, se encuentran entre los virus de mayor riesgo para lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, por lo que el siguiente paso es realizar una colposcopia incluso si el resultado de citología es negativo (28, 29, 30)

4.2. Citología cervical (Papanicolaou). La citología convencional, es considerada una de las pruebas más usadas en el mundo, con evidencia sólida en la reducción de mortalidad por cáncer de cuello uterino, actualmente se utiliza de tres maneras (28, 29, 30):

- a. Como tamizaje primario, donde las pruebas moleculares no se han implementado
- b. Como cotest junto al VPH (según edad)
- c. Como citología de triaje en mujeres con VPH positivas para derivación a colposcopia.

4. 3. Colposcopía y biopsia cervical. La colposcopia es un procedimiento que permite visualizar de manera ampliada el epitelio del cuello uterino, para esta prueba se puede utilizar ácido acético o Lugol, los cuales permiten la identificación de áreas que presentan lesiones precancerosas; por consiguiente, realizar la toma de muestras del tejido afectado (biopsia dirigida). En términos clínicos el diagnóstico definitivo se basa principalmente en el resultado de la histología de la biopsia del cuello uterino.

5. Manejo del carcinoma in situ

El carcinoma in situ (CIS) del cuello uterino o neoplasia intraepitelial cervical grado 3 (NIC 3), está definida como una lesión precursora de alto grado, el cual afecta a todo el espesor del epitelio cervical, sin evidencia de invasión del estroma subyacente. Esta condición representa la etapa más avanzada antes de ser considerado cáncer cervical invasor, por lo que su diagnóstico oportuno evita el progreso de esta enfermedad (33, 34).

Para las guías nacionales del Ministerio de Salud (MINSA) el manejo del carcinoma in situ se basa en procedimientos escisionales, que permiten una evaluación histopatológica completa. Entre las opciones terapéuticas más usadas se tienen escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) y la conización con bisturí frío, cuya elección depende de criterios clínicos, colposcópicos y reproductivos (33).

Conización con asa electroquirúrgica (LEEP) es una intervención quirúrgica conservadora que consiste en la resección de un fragmento cónico del cuello uterino mediante un asa metálica conectada a una fuente de energía eléctrica. Este método permite eliminar la zona de transformación y la lesión intraepitelial de alto grado, siendo una técnica ampliamente utilizada por su eficacia, menor costo y posibilidad de realizarse de manera ambulatoria (33, 34).

Conización con bisturí frío (cono frío). es un procedimiento quirúrgico que consiste en la resección de un cono de tejido cervical utilizando instrumental quirúrgico convencional, sin empleo de energía eléctrica en el corte principal. Esta técnica es especialmente recomendada cuando se requiere una mejor evaluación de los márgenes quirúrgicos, ante sospecha de compromiso endocervical, discordancia diagnóstica o cuando se necesita descartar microinvasión (33, 34).

El seguimiento posterior al tratamiento del carcinoma in situ es fundamental para detectar recurrencias o lesiones residuales. Las guías nacionales establecen controles periódicos durante al menos cinco años, con evaluaciones semestrales durante los dos primeros años y posteriormente anuales, utilizando citología cervical, colposcopia y/o pruebas de detección de VPH, según disponibilidad y normativa vigente (33, 34).

Abordaje de investigación

El caso fue seleccionado por corresponder a un diagnóstico confirmado de carcinoma in situ/NIC 3, y por contar con registros clínicos que permiten reconstruir el proceso (citología, colposcopia, biopsia y procedimiento terapéutico).

La información se obtuvo de fuentes clínicas documentales, principalmente de historia clínica, resultados de citología cervical (Papanicolaou o citología), informe colposcópico (hallazgos, impresión diagnóstica, conducta), informe anatomopatológico de biopsia cervical y, de ser el caso, del espécimen terapéutico (LEEP o cono frío).

Se obtuvo el caso clínico con permiso de la institución, así mismo siguiendo las normas éticas de protección de datos personales como_(nombres, dirección, número de historia), manteniendo la información bajo los criterios de confidencialidad conforme a los principios éticos aplicables en investigación clínica

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

1.1. Descripción del caso clínico

2.3.1 Datos de Filiación:

Nombres y apellidos : XXXX

Edad : 52 años

Estado civil : conviviente

Grado de instrucción : no registra

Estado civil : conviviente

Procedencia : San Juan – Cajamarca

Tipo de seguro : SIS

2.3.2 Antecedentes Personales

Antecedentes Personales Generales:

Menarquia : 14 años

Número de parejas sexuales : 02

Régimen catamenial: : 7semana / 30 días

Método anticonceptivo : Ninguno

Fecha de último papanicolaou : carcinoma in situ

Abortos : 02

Tabla 1. Historia obstétrica: gestaciones previas, tipo de parto, peso y complicaciones

GESTACIÓN	Partos anteriores	Edad gestacional	Tipo de parto	Peso	Complicaciones
G1	1990	A término	Vaginal	+/- 3600	
G2	1991	A término	Vaginal	+/- 3600	
G3	2005	Aborto			
G4	2006	A término	Vaginal	+/- 2800	
G5	2010	Aborto			
G6	2012	Aborto			AMEU

1.2. Atención por Consulta Externa – Oncología Quirúrgica

Fecha: 11.04.2023

Hora: 13: 33 horas

Signos vitales:

- Presión arterial: 110/70 mmHg
- Temperatura: 36.2 °C
- Talla: 146 cm
- Peso: 48 kg

Motivo de consulta: paciente asiste a consultorio por presentar dispareunia, dolor pélvico, coitorragia y refiere haberse realizado un papanicolaou (PAP: Carcinoma In Situ)

Examen Clínico: Durante la evaluación física, la paciente presenta

Estado general: ECOG 1 (paciente sintomática, pero capaz de realizar actividades leves).

Abdomen: Blando, depresible, globuloso; doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda.

Examen pélvico:

- Especuloscopia: Cuello uterino con lesión central en el cuadrante R2, descrita como lesiones friables no tumorales.
- Vagina: De elasticidad conservada, sin lesiones infiltrantes.
- Vulva: Induración del labio anterior.
- Ganglios inguinales: No se palpan adenopatías.

Diagnóstico clínico presuntivo

De acuerdo con el CIE-10, se consigna el diagnóstico:

C53.9 – Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación

Plan de manejo

1. Cita para colposcopia

1.3 Atención en el área de procedimientos – Oncológica

Fecha: 14.04.2023

Hora: 17: 50 horas

Signos vitales:

- Presión arterial: 90/50 mmHg
- Temperatura: 36 °C
- Talla: 148 cm
- Peso: 51 kg

Motivo de consulta

La paciente acude para evaluación colposcópica de control, debido a antecedente de Papanicolaou (PAP) que reporta: carcinoma in situ.

Examen clínico: colposcopia

- Durante el procedimiento colposcópico se registran los siguientes hallazgos:
- Zona de transformación (ZT) tipo I, IVA.
- Prueba de Schiller: positiva.
- En radio 1–2 se identifica lesión acetoblanca intensa, con:
- Vasos atípicos
- Superficie friable al roce
- Hallazgos compatibles con lesión premaligna de alto grado.
- Se realiza toma de biopsia dirigida para estudio histopatológico.

Diagnóstico Clínico

- Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación.
- Entrega de resultados de biopsia de cérvix (en contexto de estudio diagnóstico).

Procedimiento realizado:

- Colposcopia con toma de biopsia dirigida.

Plan de manejo

La paciente queda a la espera de:

- Resultados histopatológicos de la biopsia cervical.
- Continuidad de manejo por el servicio de Oncología Quirúrgica según resultado.

1.3. Atención por Consulta Externa – Oncología Quirúrgica

Fecha de consulta: 16/05/2023

Hora: 15:40 horas

Signos vitales:

- Presión arterial: 90/50 mmHg
- Temperatura: 36.6 °C
- Talla: 148 cm
- Peso: 54 kg

Motivo de consulta: paciente acude al servicio para control y entrega de resultados de biopsia de cérvix

Examen Clínico: No aplica.

Resultados de examen histopatológico:

- Cuello uterino: biopsia
- Carcinoma in situ
- Condiloma viral

Diagnóstico:

- Carcinoma in situ del cuello uterino, parte no especificada.
- Condiloma Viral

Indicaciones

1. Se plantea cono frío de cuello uterino.
2. Se solicita análisis prequirúrgicos.
3. Interconsulta a Cardiología (RCQV).
4. Interconsulta a Ginecología.
5. Ecografía TV.

Ordenes Medicinas / Exámenes

- Ecografía General
- Procedimiento: Ecografía transvaginal

Patología Clínica:

- Examen completo de orina
- Sangre oculta en heces
- Glucosa en sangre (excepto cinta reactiva)
- Hemograma completo
- Perfil de coagulación (T.C., T.P., INR, TPT, Tromb)
- VIH 1 y 2 (prueba rápida)
- Grupo y factor sanguíneo
- Creatinina sérica

Plan de tratamiento

1. Se plantea cono frío de cuello uterino.
2. Solicitud de análisis prequirúrgicos.
3. Interconsulta a Cardiología.
4. Interconsulta a Anestesiología.

1.4. Atención por Consulta Externa – Ginecología Oncológica

Fecha de consulta: 17/05/2023

Hora: 08:09 a.m.

Hora: 17:16 horas

Motivo de consulta: Paciente acude con resultados de PAP y biopsia con relación a carcinoma in situ de cérvix. Refiere episodio de sinusorragia hace varios meses.

Signos vitales:

- Presión arterial: 90/50 mmHg

- Temperatura: 36 °C
- Talla: 148 cm
- Peso: 54 kg

Se realiza colposcopia:

- Zona eritroplásica en labio anterior a la entrada del canal.
- Colposcopia adecuada ZT3.
- Presencia de epitelio acetoblanco denso en labio anterior que se introduce al canal.

Diagnóstico

- Displasia cervical severa (no clasificada en otra parte).

Plan de tratamiento

- Paciente tributaria de cono LEEP de cérvix – resección tipo 3.
- Diagnóstico probablemente terapéutico.
- Se explica a paciente acepta el diagnóstico, sin embargo, no desea ser intervenida con LEEP, sino con cono frío.

1.5. Atención en Hospitalización

Servicio: Ginecología – Oncología

Fecha de ingreso: 18/05/2023

Motivo de hospitalización: Manejo quirúrgico por lesión precancerosa de cuello uterino.

Motivo de ingreso: Paciente acude para manejo quirúrgico programado (Cono frío) por diagnóstico previo de carcinoma in situ de cuello uterino, tras hallazgo en tamizaje citológico.

Síntomas actuales

- Refiere dolor pélvico leve.
- Niega sangrado vaginal, fiebre, flujo anormal u otros síntomas asociados.

Antecedentes relevantes

- Gineco-obstétricos: G6 P4024
- Patológicos: Niega comorbilidades conocidas.
- Quirúrgicos: Niega.
- Familiares: Niega antecedentes de importancia.
- Menopausia: Sí.
- Última relación sexual: noviembre 2022.
- Papanicolaou previo: Patológico.

Examen físico al ingreso

- PA 90/60 mmHg
- FC 70 lpm
- FR 20 rpm
- Tº 36.6°C
- Paciente consciente, orientada, hemodinámicamente estable.
- Abdomen blando, no doloroso, sin masas ni signos de irritación peritoneal.
- Genitourinario: No evidencia de sangrado vaginal, Ni masas externas
- No hallazgos patológicos en otros sistemas evaluados.

Impresión diagnóstica

1. Carcinoma in situ de cuello uterino.
2. Displasia cervical severa.

Plan

- Ingreso a hospitalización para preparación preoperatoria.
- NPO, reposo, hidratación EV.
- Profilaxis antibiótica (Cefazolina).
- Exámenes preoperatorios y EKG.
- Programación de Cono frío por Ginecología Oncológica.
- Vigilancia de signos de alarma.

1.6. Evolución intrahospitalaria

18/05/2023 – 10:28 horas

Paciente de 52 años ingresa para manejo quirúrgico por diagnóstico de carcinoma in situ de cuello uterino. En buenas condiciones generales, consciente y orientada. Con funciones hemodinámicas conservadas. No presenta dolor intenso ni sangrado.

Signos vitales: PA 110/70 mmHg, FC 73 lpm, FR 19 rpm, T 36.1°C. SO₂: 98%

Al examen:

Abdomen: flexible y no doloroso a la palpación, con leve dolor en flanco izquierdo a la palpación profunda

Genitales: no se evidencia sangrado vaginal

Diagnóstico: Carcinoma in situ de cérvix

Se indica:

- Reposo
- Nada por vía oral hasta las 10pm
- CFV c/8 horas
- NaCl 9% 1000cc
- Cefazolina 2g EV antes de pasar a SOP
- Programar para SOP
- SS EKG

18/05/2023 – 19:50 horas

Paciente tranquila con vía endovenosa permeable, no presenta molestias

Signos vitales: PA 110/70 mmHg, FC 78 lpm, FR 20 rpm, T 36.4°C.

Al examen:

Abdomen: blando depresible, con leve dolor en flanco izquierdo a la palpación profunda

Genitales: no se evidencia sangrado vaginal

Diagnóstico: Carcinoma in situ - displasia cervical

18/05/2023 – 06:30 horas

Paciente con parámetros vitales dentro de rangos normales

Signos vitales: PA 100/60 mmHg, FC 80 lpm, FR 20 rpm, T 36 °C.

Al examen:

Abdomen: Abdomen de pared relajada y compresible presenta dolor a la palpación profunda

Genitales: no se evidencia sangrado vaginal

Diagnóstico: Carcinoma in situ - displasia cervical

- Micción: (+), espontánea, sin disuria.
- Evacuación: (+), deposiciones regulares.

19/05/2023 – 08:00 h (Preoperatorio)

Paciente 52 años con dx confirmado de CA in situ cérvix.

Signos vitales: PA 90/60 mmHg, FC 70 lpm, FR 20 rpm, T 36.6°C.

No refiere molestias.

Examen físico:

CV y RA: normales.

Abdomen de consistencia blanda, depresible, no doloroso a la palpación.

No signos de sangrado vaginal.

Neurológico: despierta, orientada.

Conclusión: Hemodinámicamente estable.

Se indica:

- Reposo
- Nada por vía oral hasta las 10pm
- CFV c/8 horas
- NaCl 9% 1000cc
- Cefazolina 2g EV antes de pasar a SOP
- Preparar para 2do turno

19/05/2023 – 09:30 h La paciente es llevada a sala quirúrgica

REPORTE OPERATORIO

Fecha y hora: 19/05/2023 – 10:45 a.m.

Servicio: Ginecología – Oncología

Procedimiento: Cono frío de cérvix + Curetaje endocervical

Indicaciones preoperatorias

Administración de Cefazolina 2 g EV preoperatoria (profilaxis antibiótica).

Diagnóstico preoperatorio

Carcinoma in situ de cuello uterino.

Anestesia: Raquídea.

Duración del procedimiento: 25 minutos.

Hallazgos operatorios:

- NIC III (Neoplasia Intraepitelial Cervical grado III) en labio anterior
- Cérvix sin tumor macroscópico visible.

Procedimientos realizados

1. Laparotomía Exploratoria
2. Colocación de valvas para exposición.
3. Identificación de zona de transformación y hallazgos.
4. Conización (Cono frío) + Curetaje endocervical.
5. Sutura y revisión de hemostasia adecuada.
6. Colocación de tapón vaginal.
8. Observaciones: Procedimiento realizado sin complicaciones. Hemostasia conservada al finalizar.

19/05/2023 – 19:20 h (Postoperatorio inmediato): Centro Quirúrgico

Procedencia: URPA

Procedimiento realizado: Cono frío + ECC de cérvix + curetaje endometrial.

Paciente: Mujer de 52 años.

Signos vitales: PA: 90/47 mmHg, FC: 72 lpm, FR: 16 rpm, T: 36.6 °C, SpO₂: 91%

Examen físico:

- Paciente despierta, orientada, hemodinámicamente estable.
- Vías periféricas permeables.
- Dolor: EVA 0/10.

- Portadora de tapón vaginal, sin sangrado activo evidente.
- Abdomen blando, depresible, no doloroso.

Evaluación:

Paciente estable, se da alta de URPA y pasa al servicio de Ginecoobstetricia.

Plan:

- Observación en Ginecoobstetricia.
- Mantener vías permeables.
- Control de signos vitales.
- Retiro de gasas y alta al día siguiente según evolución.

19/05/2023 – 12:30 horas: hospitalización de Ginecoobstetricia

Paciente regresa de Sala de operaciones bajo efectos de anestesia en LOTEP; AREG, despierta

Dx: post Cono frío por displasia cervical Severa: carcinoma in situ

- SV: PA 100/60 mmHg, FC 82 lpm, FR 20 rpm, T° 36.5°C, SatO₂ 94%.
- Paciente estable en proceso de recuperación, ventilando espontáneamente, en aparente regular estado general.

Plan:

- Reposo
- Nada por vía oral
- Vía permeable Na Cl 9/1000% > 30gtas x'
- Metamizol 1g EV PRN a dolor
- Vigilar signos de alarma
- Comunicar eventualidad

20/05/2023 – 08:00 horas

Paciente en buenas condiciones postquirúrgicas.

SV: PA 120/80 mmHg, FC 68 lpm, FR 20 rpm, T° 36.4°C, SatO₂ 94%.

Examen físico:

Piel: normotérmica, normocoloreada.

Abdomen blando, sin indicios de irritación peritoneal

Genitourinario: No sangrado vaginal.

Neurológico: despierta, orientada.

Conclusión: Evolución postoperatoria favorable.

Indicaciones:

- Ibuprofeno 400 mg Vo c/ 8 horas por tres días
- Orientación y consejería en signos de alarma
- Control por Consulta externa en siete días.

Plan: Alta médica + indicaciones generales.

Discusión

El caso clínico presentado, detalla el proceso de diagnóstico y terapéutica de una mujer de 52 años con carcinoma in situ de cuello uterino, en un inicio la identificación se realizó mediante citología y posteriormente confirmado por colposcopia e histología. La importancia clínica del caso permite evidenciar la sintomatología ginecológica con la que se va manifestando la lesión cervical de alto grado, tales como la dispareunia, el dolor pélvico y la coitorragia. Desde el punto de vista clínico también se pudo observar una lesión acetoblanca densa a través de la colposcopia con presencia de vasos atípicos y prueba de Schiller positiva, con base a lo anterior, se sustenta la necesidad de continuar con este tipo de diagnóstico escalonado que permite orientar la elección de los tratamientos más adecuados para el caso (30,35).

En el caso clínico descrito, el antecedente de PAP informado como “carcinoma in situ” motivó la referencia a oncología quirúrgica, y su importancia recae en que detecta cambios anormales en el cuello uterino, favorece el diagnóstico oportunamente, y es considerada una prueba fácil, sencilla y rápida. Sin embargo, por sí sola no establece un diagnóstico histológico definitivo, pero se complementa con la colposcopia y la biopsia dirigida (30).

Los hallazgos muestran que la colposcopia evidenció una zona de transformación inicialmente descrita como presencia de epitelio acetoblanco denso que se introduce al canal endocervical, además una zona de transformación tipo 3, la cual dificulta la visualización completa de la lesión en la edad de la paciente considerada como posmenopáusicas, en este sentido, los cambios hormonales en esta población de mujeres favorecen la atrofia cervical y por ende la retracción de la unión escamocolumnar (36).

En cuanto a la confirmación histopatológica del carcinoma in situ y el condiloma viral en la biopsia es concordante con el proceso patológico de la carcinogénesis cervical relacionada al virus de papiloma humano. La infección persistente por los VPH 16 y 18 son reconocidas como la causa principal de las lesiones intraepiteliales de alto grado y

cáncer de cuello uterino (30, 35, 36). En este caso, aunque el informe no reporta genotipificación viral, la presencia de condiloma viral junto al carcinoma in situ refuerza la relación de origen con la infección por VPH. En estas circunstancias, se puede observar que es importante contar con pruebas de VPH como parte del tamizaje preventivo a las mujeres, dichas pruebas ayudan a valorar riesgo de progresión de la lesión y fortalecer el diagnóstico oportuno.

Actualmente, las guías de la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP) indican que el tratamiento con conización con bisturí frío más curetaje endocervical favorecen la conservación de la pieza quirúrgica adecuada para estudio patológico y es adecuada en lesiones de alto grado como NIC III o carcinoma in situ, de la misma forma, que mejoran la seguridad diagnóstica y ayudan a decidir el seguimiento posterior (35).

Este caso aborda el diagnóstico y terapéutica adecuados, permitiendo identificar la enfermedad en una etapa preinvasiva y la decisión de llevar a cabo un cono frío más curetaje endocervical fue oportuno y permitió evaluar la pieza quirúrgica con precisión y aunque la evolución de la paciente fue favorable, el pronóstico real depende mucho del informe histopatológico definitivo, además depende también del seguimiento posterior al tratamiento de la paciente (36).

La paciente recibe indicación de control a los siete días, no obstante, el caso no detalla un seguimiento posterior para evaluar persistencia de la lesión. Sin embargo, es importante señalar que toda paciente con este tipo de lesión permite confirmar el resultado final de anatomía patológica y ayuda a verificar si la lesión fue retirada por completo para evaluar la necesidad de vigilancia o un nuevo tratamiento.

Conclusiones

En la situación clínica actual se ha podido evidenciar que el tamizaje de citología cervical ha permitido la detección precoz del carcinoma in situ del cuello uterino en una paciente de 52 años. Este hallazgo confirma que el Papanicolaou continúa siendo una herramienta indispensable para la identificación precoz de lesiones precursoras y evitar la progresión de cáncer invasor.

Respecto a la concordancia entre los hallazgos citológicos, colposcópicos e histológicos han permitido un diagnóstico preciso de lesión intraepitelial cervical de alto grado (NIC III / carcinoma in situ), resaltando el abordaje escalonado en la identificación de la patología. El manejo mediante conización con bisturí frío resultó ser una opción eficaz y segura, permitiendo la resección completa del tejido afectado, sin presentarse complicaciones. La evaluación clínica ha sido favorable respaldando la efectividad de los procedimientos en la intervención para el carcinoma in situ del cuello uterino.

Finalmente, este reporte de caso reafirma el diagnóstico temprano y tratamiento eficaz del carcinoma in situ del cuello uterino, favoreciendo un pronóstico adecuado, lo que reduce la mortalidad por cáncer invasor y subrayan la necesidad de la implementación de planes de prevención en el ámbito de atención primaria

Recomendaciones

- Se recomienda fortalecer el tamizaje preventivo del cuello uterino en mujeres de edad superior a 30 años, a fin de detectar lesiones precursoras de cáncer.
- Es fundamental promover la educación en factores de riesgo para cáncer de cuello uterino, sobre todo en poblaciones vulnerables.
- Se recomienda abordaje multidisciplinario para el manejo de los casos y el seguimiento para optimizar resultados favorables.



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

OFICINA DE CAPACITACIÓN, DOCENCIA E
INVESTIGACION

Av. Larry Jhonson - Cajamarca



Señora:

Lorena Judith Becerra Goicochea

Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, se comunica que ha sido aceptada su solicitud de acceso a la historia clínica de la paciente identificada con DNI N.º 26686461, con fines académicos, de investigación y de publicación.

En tal sentido, se le autoriza realizar la revisión correspondiente, debiendo garantizar en todo momento la confidencialidad, reserva y adecuado manejo de la información clínica. Así mismo, se le indica hacer llegar una copia del caso clínico a la oficina de Investigación.

Agradecemos su compromiso con el cumplimiento de los principios éticos y académicos que rigen la investigación clínica.

Atentamente,

Dr. Jorge Arturo Collantes Cubas
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE
INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

Referencias Bibliográficas

1. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(3):229-263.
2. Wu J, Jin Q, Zhang Y, et al. Global burden of cervical cancer: current estimates, temporal trend and future projections based on the GLOBOCAN 2022. *J Natl Cancer Cent*. 2025;5(3):322-329.
3. Li Z, Liu P, Yin A, et al. Global landscape of cervical cancer incidence and mortality in 2022 and predictions to 2030: The urgent need to address inequalities in cervical cancer. *Int J Cancer*. 2025;157(2):288-297.
4. ICO/IARC HPV Information Centre. Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2023. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2023.
5. Pilleron S, Cabasag CJ, Ferlay J, et al. Cervical cancer burden in Latin America and the Caribbean: Where are we? *Int J Cancer*. 2020;147(6):1638-1648.
6. Union for International Cancer Control (UICC). Cervical cancer control in Latin America and the Caribbean: Roundtable policy brief. Geneva: UICC; 2016.
7. Bonalumi dos Santos M, et al. Advancements and future perspectives of human papillomavirus vaccination in Latin America. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(19):2502.
8. ICO/IARC HPV Information Centre. Peru. Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2023. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2023.
9. Global Cancer Observatory. Peru: Cancer fact sheet 2022. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2024.
10. Bendezu-Quispe G, Soriano-Moreno AN, Urrunaga-Pastor D, et al. Asociación entre conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino y realizarse una prueba de Papanicolaou en mujeres peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(1):17-24.
11. Nussbaum L, et al. Assessing inner setting context of cervical cancer prevention services in the Loreto region of Peru. *PLoS Glob Public Health*. 2024;4(3):e000XXXX.
12. Tokumoto-Valera FS, et al. Factores que favorecen el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 a 49 años en Perú durante el año 2019. *Med Clin Soc*. 2023;7(2):xx-xx.
13. Becerra-Canales B, et al. Prevalence and factors associated with cervical cancer preventive screening in a Peruvian region. *Medwave*. 2023;23(3):e2709.

14. Reyna Huaccha DY. Características clínicas y epidemiológicas del cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021-2022 [tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2024.
15. Hoyos Cabrera JL. Características clínicas y epidemiológicas del cáncer de cérvix en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017-2022 [tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2024.
16. World Health Organization. Cervical cancer. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
17. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;155(Suppl 1):28–44. doi:10.1002/ijgo.13865
18. World Health Organization. Cervical cancer. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
19. World Health Organization. Cervical Cancer Elimination Initiative. Geneva: WHO; n.d. [cited 2026 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>
20. Pan American Health Organization. Analysis of the situation of cervical cancer in the Region of the Americas – Executive summary. Washington (DC): PAHO; 2024 [cited 2026 Jan 20]. Available from: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-09/cervical-cancer-executive-summary-v2.pdf>
21. Sellors JW, Sankaranarayanan R. *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes*. Capítulo 2: Introducción a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2003 [citado 26 ene 2026]. Disponible en: <https://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=3&chap=2>
22. Höhn AK, Brambs CE, Hiller GGR, Mayr D, Horn LC. 2020 WHO Classification of Female Genital Tumors. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2021;81(10):1145–1153.
23. Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, et al. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-associated lesions: background and consensus recommendations. *Arch Pathol Lab Med.* 2012;136(10):1266–1297.
24. International Agency for Research on Cancer (IARC). Risk Factors for Cervical Cancer [Internet]. Lyon: IARC; (pdf). [citado 26 ene 2026]. Disponible en: https://screening.iarc.fr/doc/RH_fs_risk_factors.pdf

25. Castellsagué X, Muñoz N. Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis—Role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2003;(31):20–8.
26. Bowden SJ, et al. Risk factors for human papillomavirus infection, cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer: an umbrella review and follow-up Mendelian randomisation studies. *BMC Med.* 2023;21(1):274.
27. Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine.* 2006 Mar 30;24 Suppl 1:S1-15.
28. International Agency for Research on Cancer (IARC). Cervical Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 18. Lyon: IARC; 2022. Disponible en: <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Cervical-Cancer-Screening-2022>
29. National Cancer Institute (NCI). Cervical Cancer Screening (PDQ®)—Health Professional Version [Internet]. Bethesda (MD): NCI; Updated Apr 18, 2025 [cited 2026 Jan 28]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/types/cervical/hp/cervical-screening-pdq>
30. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK604767/>
31. Mayeaux EJ Jr, et al. ASCCP Colposcopy Standards: role and approach to colposcopy and biopsy. *J Low Genit Tract Dis.* 2017. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5678988/>
32. Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC). Colposcopio Guidelines: Standards of Quality (PDF). 2019. (Histología como estándar y biopsia dirigida). Disponible en: https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2019/04/10a-AEPCC_guidelines-COLPOSCOPY.pdf
33. Ministerio de Salud del Perú. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino. Lima: MINSA; 2016 [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/327862-guia-de-practica-clinica-prevencion-y-manejo-del-cancer-de-cuello-uterino>
34. Seguro Social de Salud (EsSalud). Directiva Sanitaria para la Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino y Manejo de Lesiones Premalignas. Lima: EsSalud; 2019 [Internet]. Disponible en:

https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/DIREC_DETECCION_TEMP_CANCER_CUELLOUTERINO.pdf

35. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. **2019** ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):102-131. doi: 10.1097/LGT.0000000000000525. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7147428/>
36. Ferrari F, Bonetti E, Oliveri G, Giannini A, Gozzini E, Conforti J, et al. Cold Knife Versus Carbon Dioxide for the Treatment of Preinvasive Cervical Lesion. *Medicina (Kaunas).* 2024;60(7):1056. doi: 10.3390/medicina60071056. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1648-9144/60/7/1056>

11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 7%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 7% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	hdl.handle.net	2%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-04-10	<1%
3	Internet	repositorioacademico.upc.edu.pe	<1%
4	Internet	lookformedical.com	<1%
5	Internet	www.coursehero.com	<1%
6	Internet	es.scribd.com	<1%
7	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Continental on 2026-05-12	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-05-07	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-04-02	<1%
11	Internet	bdigital.unal.edu.co	<1%