

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Segunda Especialidad en Ginecología y Obstetricia



**“UTILIDAD DE LA ESTRATEGIA “VER Y TRATAR” EN EL MANEJO DE
LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL I VÍCTOR ALFREDO LAZO PERALTA –
MADRE DE DIOS 2019 - 2020”**

Trabajo Académico presentado por:
M.C. Ojeda Ramirez, Delford Freddy

para optar el Título de Segunda
especialidad en:
Ginecología y Obstetricia

Asesor: Dr. Chirinos Zereceda, Elias.

Arequipa – Perú
2019

INFORME DICTAMEN DE TRABAJO ACADÉMICO

RESIDENTADO MEDICO

VISTO, el Trabajo Académico: "UTILIDAD DE LA ESTRATEGIA "VER Y TRATAR" EN EL TRATAMIENTO DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL I VICTOR ALFREDO LAZO PERALTA - MADRE DE DIOS 2019 - 2020", presentado por el(la) Residente:

M.C. DEI FORD FREDDY OJEDA RAMIREZ

Quien pretende optar el Título de Segunda Especialidad en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

De acuerdo a Decreto No. 015-Fac.Med.Hum-2019, se da por:

Favorable. (16) Días sesis

OBSERVACIONES:

Cumplió con levantar las
observaciones

Arequipa, 2019 16/07

Eliás Chirinos Zereceda
Dr. ELÍAS CHIRINOS ZERECEDA
Eliás Chirinos Zereceda
DOCTOR EN MEDICINA
GINECOLOGO OBSTETRA
M.P. 17418 - R.N.E. 0247

RESUMEN

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad prevenible, el virus del papiloma humano es el principal agente causante, de lenta progresión que cursa con etapas pre infiltrativas que se pueden detectar con pruebas de tamizaje como el Papanicolau, extendido en base líquida, identificación de VPH. Otros exámenes como la colposcopia logran identificar el grado de lesión. Al identificar las lesiones la OPS/OMS establece la estrategia “VER y TRATAR” como una alternativa a la deserción y abandono del tratamiento, pero llevando al otro extremo donde se sobre trata este tipo de lesiones o en otros casos es insuficiente, dando como resultado una exacerbación de la enfermedad.

El Objetivo del presente trabajo consiste en establecer la utilidad de una estrategia en un ámbito local donde la frecuencia de cáncer de cuello uterino es muy alta. Determinando los factores socioeconómicos de la población, las pruebas utilizadas para su diagnóstico, y el tipo de estrategia utilizada para el tratamiento “VER Y TRATAR” o la toma de biopsia previa a un tratamiento. Haciendo un seguimiento colposcópico a 3 y 6 meses.

Los Materiales y métodos utilizados, se aplicarán encuestas para determinar las características socioeconómicas, en la ficha de recolección de datos se adjuntarán los informes de PAP, anatomopatológicos y colposcópicos, operatorios. Se utilizará pruebas estadísticas chi cuadrado y anova según el tipo de variable.

Las conclusiones del presente trabajo establecerá la utilidad de la estrategia “VER y TRATAR” y la importancia en su aplicación en el ámbito a estudiar.

PALABRAS CLAVE: “VER y TRATAR”, Lesiones intraepiteliales, Colposcopia.

SUMMARY

Cervical cancer is a preventable disease, the human papillomavirus is the main causative agent, of slow progression that it has pre-infiltrative stages that can be detected with screening tests such as Papanicolau, spread in liquid base, identification of HPV . Other tests such as colposcopy can identify the degree of injury. In identifying the injuries, PAHO / WHO establishes the "SEE and TREAT" strategy as an alternative to dropping out and abandoning treatment, but leading to the other extreme where this type of injury is being treated or in other cases is insufficient, resulting in an exacerbation of the disease.

The objective of this study is to establish the usefulness of a strategy in a local setting where the frequency of cervical cancer is very high. Determining the socioeconomic factors of the population, the tests used for its diagnosis, and the type of strategy used for the "SEE AND TREAT" treatment or the biopsy prior to a treatment. Doing a colposcopic follow-up at 3 and 6 months.

The Materials and methods used, surveys will be applied to determine the socioeconomic characteristics, in the data collection card will be attached the reports of PAP, anatomopathological and colposcopic, operative. Chi-square and anova statistical tests will be used according to the type of variable.

The conclusions of the present work will establish the utility of the strategy "SEE and TREAT" and the importance in its application in the field to study.

KEY WORDS: "SEE and TREAT", Intraepithelial lesions, Colposcopy

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Cuello uterino es una enfermedad tipificada como prevenible en un 90%, cuyo agente patológico se encuentra bien identificado, como es el Virus de Papiloma Humano, de transmisión sexual causa lesiones cervicales de diferentes grados, de progresión lenta. Que se puede diagnosticar su presencia mediante pruebas de tamizaje establecida en diferentes protocolos, tales como el PAP, PAP en base líquida, pruebas de detección de VPH. Otras pruebas de detección visual directa como IVAA, VILI, y la Colposcopia de acceso limitado.

En tamizaje existen problemas de cobertura, en nuestro país el promedio de cobertura es 50%, con predominancia en las ciudades de la costa, y con baja cobertura a nivel de la sierra donde debido a la idiosincrasia de nuestra gente, no se realizan el examen básico del PAP, o no acuden a ver el resultado. Otras deficiencias se encuentran dentro de las mismas pruebas de tamizaje, el PAP por ejemplo tiene una sensibilidad que varía del 20 al 60%, por lo que casos positivos no son diagnosticados. Otras pruebas que establece la Organización Mundial de la Salud como son las pruebas de detección de VPH no están muy difundidas en nuestro medio, debido principalmente a que necesitan equipamiento especial, así como personal capacitado que aumenta los costos del examen.

El método "Ver y Tratar" (See and treat), apareció como una estrategia que consiste en que en la primera visita, las pacientes con citología anormal, y según los hallazgos colposcópicos, eran de una vez sometidas a procedimiento tipo LEEP, se inició en Inglaterra en la década de los años 80. Las ventajas consisten en reducir la ansiedad del paciente, disminuir los costos, menos visitas al médico y reducir las posibilidades de deserción y pérdida de pacientes. En nuestro país se ha aplicado esta estrategia en varios niveles de atención agregando terapias como la crioterapia, como leep, como frío, cuya eficacia resulta positiva en varios establecimientos internacionales que no necesariamente reflejan resultados de nuestra realidad.

Otra estrategia conservadora radica en obtener una biopsia dirigida, y evaluando el resultado anatomopatológico determinar el tratamiento adecuado para ello.

Es por ello, que la intención de realizar el presente trabajo radica en evaluar la estrategia “Ver y Tratar”, en el manejo de las lesiones pre invasoras en un servicio de ginecología que constituye uno de los más prevalentes en Cáncer de Cuello Uterino del Perú.



INDICE

RESUMEN	ii
SUMMARY	iii
INTRODUCCIÓN	iv
INDICE.....	vi
CAPITULO I: MARCO CONCEPTUAL.....	1
1. Planteamiento del Problema	1
1.1 Enunciado del Problema.....	1
1.2 Descripción del Problema.....	1
2. Justificación del problema	6
3. Objetivo General	9
4. Objetivos Específicos	9
5. MARCO CONCEPTUAL.....	10
CAPITULO 2: MARCO METODOLÓGICO.....	32
1. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	32
2. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	38
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	45
ANEXOS.....	50

CAPITULO I: MARCO CONCEPTUAL

1. Planteamiento del Problema

1.1 Enunciado del Problema

Utilidad del método “VER Y TRATAR” en el tratamiento de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios, en el periodo 2019 - 2020

1.2 Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Ginecología
- Línea: Lesiones Premalignas

b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Sub-Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Características Socio demográficas	Género	Características	Femenino	Cualitativa
		Fenotípicas	Masculino	Nominal
	Edad	Documento de Identidad	Número de años	Cuantitativa Continua

		(DNI, Pasaporte, Carnet Extranjería)		
	Edad de Inicio de relaciones sexuales	Historia Clínica	Número de años	Cuantitativa Continua
	Número de compañeros sexuales durante toda su vida	Historia Clínica	Número de parejas sexuales	Cuantitativa Discreta

Variable	Indicador	Sub-Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Factores Asociados	Tabaquismo	Historia Clínica	Años de fumador	Cuantitativ a Continua
		Historia Clínica	Número de Cigarros al día	Cuantitativ a Discreta
	Uso de anticonceptivo	Historia	Hormonale	Cualitativa

	s	Clínica	s	Nominal
	Nivel Socio Economico	Escala ASPEG	Alto Medio Bajo Superior Bajo Inferior Marginal	Cualitativa Ordinal
	Número de hijos	Historia Clínica	Número de hijos	Cuantitativa Discreta
	Vacuna para el VPH	Historia Clínica	Recibió No Recibió	Cualitativa Dicotómica
CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS	PAP de cervix	Informe patológico	Displasia Leve Displasia Moderada Displasia Severa	Cualitativa Ordinal

	Hallagos colposcopicos	Informe Colposcópico	Lesion de Bajo grado Lesion de Alto grado	Cualitativa Nominal
	Biopsia de cervix	Informe patologico Sistema Bethesda	LIE de Bajo Grado LIE de Alto Grado ASCUS AGUS	Cualitativa Ordinal
ESTRATEGIA UTILIZADA	Método de tratamiento instaurado	Informe procedimiento / operatorio	“ver y tratar” toma de biopsia	Cualitativa Nominal
CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO INSTAURADO	Tratamiento instaurado	Informe procedimiento / operatorio	Crioterapia Cono Leep Cono Frio	Cualitativa Ordinal

Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de Neoplasia Intra epitelial en el servicio de ginecología del hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios 2019?
2. ¿Cómo es la relación de algunos factores en la progresión de Neoplasia Intraepitelial en el servicio de ginecología del hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios 2019?
3. ¿Qué grado histológico de neoplasia Intraepitelial es el más frecuentemente diagnosticado en el servicio de ginecología del hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios 2019?
4. ¿Cómo es la ventaja de la estrategia “ver y tratar” respecto a otras estrategias en el seguimiento a 3 meses, 6 meses, para el tratamiento de Neoplasia Intraepitelial en el servicio de ginecología del hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios 2019?
5. ¿Cuál es la utilidad de la estrategia “VER Y TRATAR” para el tratamiento de Neoplasia Intra Epitelial cervical en el servicio de ginecología del hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios 2019?

Tipo de investigación: Aplicada, se utilizará en la práctica, los conocimientos obtenidos en la investigación beneficiará a las pacientes con Lesiones Pre malignas Cervicales en su tratamiento.

Diseño de investigación: Estudio observacional, prospectivo, longitudinal. Se realizara seguimiento a las pacientes positivas para Lesiones Premalignas

Nivel de investigación: Exploratorio y correlacional.

2. Justificación del problema

a. Justificación Científica:

Diversos centros hospitalarios a nivel Mundial, poseen estrategias sofisticadas para el tamizaje de lesiones intraepiteliales, que van desde tipificación del VPH hasta PAP en base líquida, así mismo la población acude para el despistaje. Metodologías para el diagnóstico precoz, obteniendo resultados instantáneos, permite un tratamiento oportuno y adecuado. El método “ver y tratar” es una estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud en base a diversos estudios internacionales, que cuentan con mayores herramientas de tamizaje, diferente a nuestro medio por lo que no reflejan necesariamente la realidad nacional.

b. Justificación Social:

En nuestro país el Cáncer de Cervix es una enfermedad prevenible siendo en nuestro país muy prevalente que afecta a las sociedades más pobres de nuestro país, a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud, los índices permanecen inalterables, con tratamientos muy costosos en estadios avanzados. Como personal de salud nuestro deber hacia la sociedad debe estar encaminado a estrategias que disminuyan los índices de ésta enfermedad, mejorando las estrategia para un tamizaje adecuado, de buena cobertura con una alta sensibilidad, así como mejorando las estrategias de tratamiento.

c. Justificación Contemporánea:

La estrategia “ver y tratar” se inició hace 20 años, empezando en Inglaterra, extendiéndose a diversas regiones, en un principio se usaba el asa leep pero con el advenimiento de la crioterapia se hizo popular por la factibilidad en su uso; sin embargo, la literatura informa sobre la recidiva en algunos casos. En nuestro país no existe un estudio que avale la utilidad de la estrategia “ver y tratar” en nuestro establecimientos de salud en los cuales se aplica. El presente trabajo determinara la utilidad de ésta estrategia en un establecimiento con alta prevalencia en cáncer de cuello uterino.

d. Factibilidad:

Los recursos necesarios para la realización del presente trabajo, serán asumidos por el investigador, los recursos económicos para la impresión de ficha de recolección de datos, así como el personal que apoyará durante la investigación será apoyada por el establecimiento de salud.

e. Interés Personal:

Durante mis rotaciones se objetivan pacientes con cáncer de cuello uterino avanzado y haciendo una retrospectiva en su historia clínica, pude observar que las principales fallas se produjeron porque la paciente fue sometida a un procedimiento quirúrgico, confiando con ello estar curada, obviando acudir nuevamente para controles de tamizaje, otras pacientes no acudieron a recoger resultados de las pruebas de tamizajes lo que conllevó a la progresión de la enfermedad. Al ser una enfermedad prevenible, en nuestro país, me siento motivado y abligado a aportar una estrategia para disminuir su incidencia.

3. Objetivo General

Determinar la utilidad de la estrategia “ver y tratar” para el tratamiento de neoplasia intraepitelial en el servicio de ginecología del Hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta, Madre de Dios, en el periodo 2019 - 2020

4. Objetivos Específicos

- 1) Identificar las características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de Neoplasia Intra epitelial en el servicio de ginecología del hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios 2019
- 2) Determinar la relación de algunos factores en la progresión de Neoplasia Intraepitelial en el servicio de ginecología del hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios 2019
- 3) Determinar el grado histológico más frecuente de neoplasia Intraepitelial diagnosticado en el servicio de ginecología del hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios 2019
- 4) Precisar las ventajas de la estrategia “Ver y Tratar” respecto a otras estrategias en el seguimiento a los 3 meses, 6 meses, en el servicio de ginecología del hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios 2019.

5. MARCO CONCEPTUAL

1. LESIONES PRE MALIGNAS DEL CUELLO UTERINO

1.1. Epidemiología

El cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más común en mujeres, con un estimado de 528,000 nuevos casos así como 266,000 muertes por cáncer de cuello uterino en todo el mundo en 2012. Nueve de cada diez muertes por cáncer de cuello ocurre en las regiones menos desarrolladas. Las regiones de alto riesgo, con tasas estandarizadas por edad estimadas de más de 30 por 100,000, incluyen África Oriental con 42.7 por 100,000. Las tasas son más bajas en Australia / Nueva Zelanda con 5.5 y Asia occidental con 4.4. La tasa cruda de incidencia de cáncer cervical en el Perú es de 31.3/100,000 y la tasa ajustada por edad de 34.5/100,000. Al menos 4,636 mujeres se diagnostican con cáncer cervical cada año, siendo el cáncer más frecuente en las mujeres del Perú (1). Se estima que, cada año casi 4 de cada 10 mujeres son diagnosticadas de cáncer de cuello uterino. En el INEN se registraron 1414 casos nuevos en el año 2017 (20). La tasa de tamizaje es de 50% de la población objetivo, en los últimos 3 años. El 10% de los casos se encuentran en estadio clínico I de cáncer al momento del diagnóstico, momento en el que la curación del caso de las pacientes bordea el 90% (2).

Durante el período 2000-2011 se observó que la tendencia de la tasa ajustada de mortalidad por cáncer Cuello Uterino pasó de 7.7 defunciones por 100,000 hab. a 5.6 . La predominancia se encuentra en los departamentos de Ucayali, Loreto, Madre de Dios, Huánuco, San Martín, Amazonas, Pasco, Tacna y La Libertad con tasas por encima del promedio país en cada año del periodo de referencia (2).

El 55,7% de las mujeres tienen conocimiento de la existencia del virus a nivel de región, en la Provincia de Lima (60,6%), Madre de Dios (37,1%); mientras que los de menor porcentaje se ubican en Apurímac (31,7%) y Puno (32,1%). La cobertura del tamizaje con el examen de Papanicolaou En Lima Metropolitana fue del 70,0%; en comparación con el resto, en especial con la Selva y Sierra (50,2% y 55,7%, respectivamente) (6).

El riesgo durante la vida de adquirir una infección genital por HPV es de aproximadamente el 80%. Se estima que la probabilidad de transmisión durante un coito es de 40%, el uso de preservativo podrían reducir en 70% la tasa de contraer el VPH. Se calcula que 630 millones de personas alrededor del mundo están infectadas con VPH (13), con una prevalencia del 12% mundial. Para el Perú la prevalencia osciló entre 3.8%-17.1% en mujeres con citología normal (12). En las mujeres jóvenes HPV negativas, la incidencia acumulativa para la primera infección de HPV ha sido estimada en 32% a los 24 meses y 43% a los 36 meses (13).

Los subtipos más frecuentes son el VPH16 y el VPH18 con el 70% de todos los cánceres escamosos y 80% de los adenocarcinomas, y un 20% los tipos

45, 31, 32, 58, 52 y 35 (13). A nivel mundial la prevalencia en mujeres con citología negativa y de bajo riesgo fue para VPH 16 casi 3.5% y para VPH 18 casi 1.5%, y con citología negativa de alto Riesgo la prevalencia de VPH 16 puede llegar hasta 20% y hasta 8.4% para VPH 18 (12).

A los 3 años el 10% de las mujeres con infección con VPH-16 desarrollarán NIC III, mientras que las que tienen infección por VPH-18 lo harán en 5%. Mientras que la regresión clínica toma entre 6 y 12 meses (12).

1.2. Genética y Biología Molecular

Son virus de la familia Papillomaviridae, entre los que se incluyen otros los virus del papiloma humano, son virus ADN. Son grupo I según la clasificación de Baltimore, porque son virus cuyo material genético es ADN de doble cadena es replicado directamente por la maquinaria celular en ausencia de retrotranscriptasas, que sólo ocurre en queratinocitos diferenciados de la piel u otras mucosas, por lo que se clasifican en tipos cutáneos y mucosos (8) y carecen de envoltura viral (7).

De los 16 géneros de la familia *Papillomavirus*, únicamente 5 infectan a seres humanos, éstos son: Alphapapillomavirus, Betapapillomavirus, Gammapapillomavirus, Mupapillomavirus y Nupapillomavirus.: Estos 5 géneros 39 subgeneros y más de 200 tipos de virus forman la clasificación no taxonómica de "virus del papiloma humano" (7). Los virus VPH tienen un diámetro aproximado de 52-55 nm (8).

Los tipos de VPH mucosos asociados con lesiones benignas (tipos 6 y 11 principalmente) son conocidos como tipos de "bajo riesgo", mientras que aquellos tipos asociados a lesiones malignas (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 58, 59) son conocidos como virus de "alto riesgo". El DNA del VPH causante del cáncer cervical invasivo de la mujer es detectable en más del 95% de los casos; los genotipos 16 y 18 son responsables de más del 70% del cáncer cervical, y con el genotipo 45 contribuyen al 94% del adenocarcinoma de cérvix (8) (13).

Las partículas virales están compuestas por una cápside proteica, conformada en un 95% por la proteína L1 y en un 5% por la proteína L2, las cuales se ensamblan para formar capsómeros heicosaédricos. Hacia el interior de la cápside se encuentra un DNA circular de doble cadena de aproximadamente 8000 pares de bases, constituido por ocho genes y una región regulatoria no codificante. El genoma del VPH, lo conforman dos tipos de genes, aquellos que son codificados en las etapas tempranas de la infección, conocidos como genes E (del inglés Early = temprano) : E1, E2, E4, E5, E6 y E7 (aunque se considera que E4 es en realidad un gene tardío) codifican proteínas involucradas en la replicación y regulación viral, así como en su capacidad carcinogénica, y aquellos que son codificados durante las etapas tardías del ciclo replicativo del mismo, conocidos como L (del inglés Late = tardío) : L1 y L2 que codifican las proteínas estructurales que conforman la cápside viral (8).

El VPH ingresa a las capas basales epiteliales, a través de lesiones, microlesiones o abrasiones del tejido cervical (8). La proteína L1 cambia estructuralmente permitiendo la unión del virión a los queratinocitos, este proceso tarda varias horas y requiere: Primero que el virión se encuentre en la zona basal del epitelio, luego la unión del virión con los proteoglicanos de heparán sulfato de la membrana basal, las proteínas L1 cambian en su conformación permitiendo su unión al receptor del queratinocito basal, ahí el virión expone la porción N-terminal de la proteína L2 que se adhiere a los proteoglicanos de heparán sulfato expuestos en la membrana basal del cuello uterino. La proteína L2 se cliva mediante una furina celular o una convertasa celular, dando como resultado una molécula de unión con el queratinocito, que se presume es la proteína L1 de la cápside viral (29).

La proteína L1 se une al receptor de membrana del queratinocito llamado complejo integrina $\alpha 6 \beta 4$ permitiendo su entrada por medio de endocitosis dependiente o independiente de clatrina o caveolar. Luego el virión infectará a los queratinocitos epiteliales basales vecinos, transformando los queratinocitos en coilocitos (células infectadas), que pueden ser detectados por métodos directos como la citología cervical (29).

Dentro del queratinocito, el gen E1 del VPH codifica una proteína helicasa, esencial para el inicio de la replicación del ADN viral. La expresión del gen E2 también se produce en una etapa temprana, su expresión inhibe la expresión de los oncogenes E6 y E7 y altera las vías de motilidad en el

genoma del huésped. Por lo tanto, si se pierde la expresión de E1 / E2, se expresarían las oncoproteínas E6 y E7 (14).

La proteína E6 se une a la proteína p53, induciendo su degradación. La proteína p53 detecta daños sufridos por el DNA, si el daño ha sido antes de la replicación del DNA el p53 envía una señal y el ciclo celular se detiene y el daño es reparado, continuando luego con su ciclo normal. Si el daño sucede durante o inmediatamente después de la replicación del DNA, se detiene el ciclo celular, y la célula sufre un proceso de eliminación por apoptosis generado por la misma p53. Este proceso impide que el daño sea transmitido a las células hijas (8).

La proteína E7 se une específicamente al producto del gen represor de tumores Retinoblastoma (Rb), que es un factor regulador del ciclo celular, se une al factor transcripcional E2F, quedando libre e induciendo la replicación celular descontrolada, empujando el ciclo celular en la fase S induciendo la síntesis de DNA (8).

El VPH se integra al genoma del huésped mediante dos formas: como un solo genoma integrado y como múltiples repeticiones en tándem del genoma. El virus utiliza los mecanismos de reparación y replicación del ADN para introducir su genoma en el hospedero, según el modelo de "bucle" el VPH se integra durante la replicación y la recombinación del ADN, dando lugar a concatenadores de ADN. Esto podría conducir a la alteración de los genes y la inestabilidad genética (14).

Otro modelo mediado por Micro homologías, establece dos mecanismos de integración (14). FoSTeS (atascamiento de horquillas y cambio de plantilla) y el MMBIR (replicación inducida por ruptura mediada por microhomología). En el mecanismo FoSTeS la integración del genoma viral sucede durante la replicación del ADN, donde la doble hélice de ADN se desenrolla y se separa para que las enzimas ADN polimerasas puedan duplicarla, el virus atasca el proceso y cambia las plantillas por las suyas (14). En MMBIR, la replicación es inducida por una ruptura mediada por microhomologías, donde el VPH integra su genoma en el genoma del hospedero durante la replicación del ADN (14).

La integración del genoma viral al genoma del huésped puede conducir a la carcinogénesis, mediante: 1) *Pérdida de la función de los genes supresores de tumores*, 2) *Aumento de la expresión de los oncogenes*, 3) *reordenamientos inter e intracromosómicos*, sería entre los cromosomas 3 y 13 cerca del sitio de integración del VPH (14).

En la lesión precursora benigna, el DNA del VPH es episomal (tiene cromosoma extra de replicación). En los cánceres, el DNA se encuentra en su mayoría integrado al genoma humano (13) (14). Aunque la integración viral también se ha detectado en algunas lesiones tempranas (NIC), lo que indica que el estado viral (episomal, integrado o combinado), puede servir como un biomarcador de progresión para esta neoplasia. Para identificar el estado, se basa en la relación E6 / E2, ya que el gen viral E2 se rompe cuando el virus se integra en el genoma del huésped (14).

La malignización no solo depende de la integración viral y la inhibición de la expresión de E2, también el VPH se integra en muchos de los "puntos calientes", sitios y regiones frágiles de genes altamente activos, los cuales se relacionan con desarrollo de tumores, proliferación celular, migración celular, apoptosis, y vías asociadas a kinasas (14).

1.3. Factores de Riesgo

1.3.1. El Tabaco y VPH

Se ha encontrado que fumar cigarrillos aumenta el riesgo de cáncer cervical y su precursor inmediato, neoplasia intraepitelial cervical grado 3 (CIN3), entre las mujeres infectadas con el virus del papiloma humano oncogénico (VPH) en comparación con las mujeres que no fuman (9). Se demostró un efecto sinérgico entre fumar cigarrillos y el HPV16 positivo y la carga de ADN de HPV16 en el desarrollo de carcinoma cervical in situ (11). Se piensa que, además de los efectos carcinogénicos del humo del cigarrillo en el tejido cervical, como los aductos de ADN genotóxico (11) y la presencia de mutágenos en el moco cervical, el exceso de riesgo puede estar mediado por sus efectos en el control inmunológico de infecciones por VPH (11).

El moco cervical de los fumadores contiene cantidades medibles de componentes del cigarrillo y sus metabolitos, como benzopireno (35), nicotina y nitrosaminas derivadas de nicotina 4- (metilnitrosamino) -1- (3-piridil) -1-butanona, los cuales estimulan niveles más altos de síntesis de viriones en líneas celulares infectadas con HPV,

aumentando la carga viral de las infecciones por VPH, aumenta la proliferación celular y la rotación en la zona de transformación del cuello uterino (produce incremento de Ki-67, un marcador de proliferación y metaplasia) (11).

El fumar puede aumentar la carga viral al debilitando al sistema inmunitario celular, tanto sistémica como local. Se ha correlacionado con deterioro de la actividad citotóxica de NK en sangre periférica y producción sistémica desequilibrada de citoquinas pro y antiinflamatorias, disminución sustancial en las células de Langerhans y linfocitos T auxiliares / inductores en el epitelio cervical. Dando lugar a que la carga viral en mujeres infectadas con VPH 16 y 18 sea más alta entre los fumadores actuales que entre los que nunca fumaron (10).

Por lo que el tabaquismo se asocia con la prevalencia, la incidencia y la persistencia del VPH, por lo que dejar de fumar puede ayudar a reducir la carga viral en mujeres con infecciones por VPH (9) (11).

1.3.2. Anticonceptivos orales

El uso de anticonceptivos orales incrementa en 1,9 veces el riesgo de enfermedad cervical por cada 5 años de uso. Cuando su uso es menor a los 5 años, estudios reportan un OR de 0.73. Pero de 5 a 9 años de uso el OR es 2.82 y mayor a 10 años de uso el OR en 4.03 (13).

1.3.3. Inicio de relaciones sexuales

La eversión glandular en la pubertad producto del estímulo hormonal, provoca que el epitelio glandular esté expuesto al medio hostil del pH vaginal ocasionando una serie de modificaciones. También, el inicio de la vida sexual a edad temprana está relacionado con inmadurez del sistema inmune, así como la exposición del VPH a células basales. El primer coito antes de los 15 años se asocia a duplicación en el riesgo de cáncer cervical, en comparación con lo observado en las mujeres cuyo primer coito fue después de los 23 años de edad (13).

1.3.4. Número de parejas sexuales

El antecedente de más de 5 parejas a lo largo de la vida duplica el riesgo de cáncer cervical (13).

1.3.5. Número de embarazos

Incrementos significativos del riesgo en relación al número de embarazos y con la edad temprana en su primer embarazo (13).

1.3.6. Nivel Socioeconomico

El nivel socioeconómico bajo y la pertenencia a grupos étnicos minoritarios, la falta de acceso a los servicios de cribado, la falta de educación sanitaria respecto al cribado, así como la deficiencia de micronutrientes (13).

Vacunación frente al Virus del Papiloma Humano

La vacuna contra el VPH puede eliminar el Cáncer cervical (13). Actualmente, tres vacunas están disponibles para prevenir los tipos más comunes de VPH, aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de EE. UU (16).

Cervarix® (HPV2 o vacuna bivalente) fabricado por GlaxoSmithKline (GSK) contra dos tipos de alto riesgo de HPV (tipos 16 y 18) fue aprobado en 2009. Contiene antígenos de partículas semejantes a los virus (VLP) reensamblados a partir de proteínas L1 de HPV16 (20 µg) y HPV18 (20 µg). Está disponible en 2 formas de jeringas precargadas (15) (16).

Gardasil (HPV4)® la vacuna cuadrivalente es fabricada por Merck. Contiene antígenos partículas similares a virus (VLP) para HPV 6, 11, 16 y 18, reensamblados a partir de proteínas L1 de HPV6 (20 µg), 11 (20 µg), 16 (40 µg) y 18 (40 µg), y está diseñado para proteger contra infecciones y enfermedad debida a estos tipos. En diciembre del 2014, la FDA aprobó una tercera vacuna, la vacuna nonavalente (Gardasil-9, Merck, USA), que además de proteger contra los VPH tipo 16, 18, 6 y 11, también protege contra las infecciones causadas por los VPH tipo 31, 33, 45, 52 y 58 con 98% de efectividad el cual añade una protección del 20% sobre las vacunas Cervix y Gardasil (15) (16).

Las vacunas disponibles son profilácticas, no terapéuticas. Ambas vacunas son altamente inmunogénicas y las respuestas inmunes más altas se observan en niñas de 9 a 15 años de edad. Los estudios de la vacuna cuadrivalente contra el VPH han demostrado que fue casi 100% efectiva en la prevención de neoplasia intraepitelial cervical de alto grado CIN 2 y CIN 3 y enfermedad vulvar condilomatosa relacionada con los genotipos de HPV cubiertos por la vacuna (16). Cervarix, se administra en tres inyecciones intramusculares a los 0, 1 y 6 meses. Gardasil se administra en tres inyecciones intramusculares a los 0, 2 y 6 meses (15) (16) (17).

2. DIAGNOSTICO DE LESIONES PRE MALIGNAS Y CÁNCER DE CUELLO UTERINO

2.1. Introducción

El diagnóstico definitivo de lesiones pre malignas o cáncer se hace con biopsia, aunque no se requiere biopsias para tratar lesiones cervicales diagnosticadas por Inspección Visual por Ácido Acético (IVAA) o colposcopia (19).

2.2. Programa de Cribado

2.2.1. Citología Cervical

En el año 2001, entra el uso del sistema Bethesda, en el que se incluyen los cambios condilomatosos planos y el NIC 1 dentro de Lesiones de Bajo Grado (LIE- BG) y los NIC 2 Y NIC 3 dentro de las Lesiones de Alto Grado (LIE-AG), distinguiendo el término lesión de lo que es un proceso neoplásico, también se incluyen lesiones glandulares, lesiones glandulares de significado incierto (AG-US) y células escamosas atípicas de importancia no determinada (ASC-US) (21) (23).

En 2015 se introduce el Tercer Atlas del Sistema Bethesda, los cambios introducidos son mínimos y tienen que ver con algunas interpretaciones de ciertos hallazgos. Se realiza un cambio en la categoría “Otros”, la presencia de las células endometriales en mujeres mayor de 40 se cambia a mujeres mayores de 45 años de edad. Esencialmente existen modificaciones en la parte de “Negativo para Lesión intraepitelial o malignidad”: a) Se introduce el término de variaciones no neoplásica. b) Entre los organismos que pueden ser identificados son el citomegalovirus. Las sugerencias y notas educativas representan un canal de comunicación, entre el citólogo y el ginecólogo que, si es bien empleado, redundará en esclarecer la importancia de ciertos hallazgos citológicos y el seguimiento de la paciente (24).

La sensibilidad del PAP se estima en alrededor del 50%. (19) Otros estudios le dan una capacidad diagnóstica con especificidad de 98% y sensibilidad de 51%. Sin embargo, se describen proporciones de falsos

negativos para cáncer invasor y para neoplasias intraepiteliales, que varían entre 0 y 70% (25).

2.2.2. Citología en Base Líquida

A fines de la década de 1990, había dos sistemas ampliamente disponibles: ThinPrep® (Hologic) y SurePath® (BD Diagnostics), ambos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA). En un metaanálisis, que incluye 154.380 casos de citología Thin Prep y 311.175 casos de Citología Convencional, se observa un incremento porcentual del diagnóstico de ASCUS de un 3,28% en la Citología convencional frente a un 3,94% en la citología Thin Prep. Este mismo metaanálisis muestra un incremento de muestras satisfactorias en la citología Thin Prep respecto a la Citología convencional. Por lo tanto Según diversos estudios, la citología en medio líquido (Thin Prep Pap Test), incrementa de forma más o menos significativa la detección de lesiones cervicales preneoplásicas y, por tanto, mejora el rendimiento de la citología cervicovaginal en comparación con el Papanicolaou convencional (24, 25, 26).

2.2.3. Inspección Visual Directa con ácido acético

El ácido acético al 5% causa una coagulación o una precipitación reversible de las proteínas celulares. Causa edema del tejido epitelial, cilíndrico y epitelio escamoso. También, deshidrata las células y coagula

y despeja el moco cervical. El alto contenido de proteínas en el núcleo celular de las lesiones Intraepiteliales y de los cánceres invasores producen una coagulación intensa que se evidencia con un color blanco denso grueso y opaco con un patrón vascular oculto. En cambio, el epitelio acetoblanco asociado con una metaplasia inmadura, una inflamación o una regeneración es menos blanco, delgado, a menudo translúcido y con una distribución difusa, sin bordes bien definidos (27).

Un profesional de la salud capacitado clasifica aproximadamente el 8 al 15% de las mujeres examinadas en la categoría IVA positiva, y el 20 al 30% de las lesiones acetoblancas identificadas por la IVA resultan ser el sitio de una NIC cualquiera que sea su grado (27).

2.2.4. Inspección Visual Directa con Solución de Lugol

El yodo es glucofílico y se une a los epitelios que contienen glucógeno tales como el epitelio escamoso metaplásico, mientras que la NIC, el cáncer invasor, contienen escaso o ningún glucógeno. El epitelio escamoso, se tiñe de color castaño caoba o negro tras la lugolización, el epitelio cilíndrico no capta el yodo y no se tiñe. Las zonas de NIC o de cáncer invasor tampoco captan el yodo y se ven como zonas gruesas de color amarillo mostaza o azafrán (27).

Un profesional de la salud capacitado clasifica aproximadamente entre el 10 y el 15% de las mujeres examinadas en la categoría IVL positiva,

y entre ellas el 20 y el 30% desarrollan una CIN, cualquiera que sea su grado (27).

La Sensibilidad de la IVAA según diferentes estudios varía entre 29 a 97% y la especificidad de la IVAA varía entre 67 y 97 % para CIN II o más intensa, en conclusión la IVAA es sensible y mejora la tasa de detección de lesiones precancerosas con respecto a la citología convencional, pero presenta una elevada tasa de positivos falsos (28).

2.2.5. Pruebas de detección de VPH

La prueba de VPH ha demostrado, una mayor sensibilidad que la citología (entre 23% y 43% en el caso de HC2) en función del umbral de detección elegido (\geq a HSIL/CIN2 o \geq a HSIL/CIN3) o del punto de corte de la citología (ASC-US o LSIL)²⁴. Por otra parte, la especificidad se reduce respecto a la citología (entre el 6-8% para HC2). Poseen un elevado valor predictivo negativo (VPN), cercano al 99%, en mujeres mayores de 30 años, lo que significa que una determinación negativa se traduce en una muy baja probabilidad de tener una lesión \geq a HSIL/CIN2 actual y en los próximos 5-7 años. Tras un resultado negativo de la prueba VPH el riesgo de desarrollar \geq a HSIL/CIN3 en los siguientes 6 años es del 0,27%, valor similar al riesgo tras un resultado negativo de co-test de 0,28%²⁷. La estimación de riesgo para el mismo periodo tras una citología negativa es de 0,97%. La mejor sensibilidad de la prueba VPH frente a la citología se confirma al observar una menor incidencia

de CCU a los 5 años de una prueba VPH negativa que la incidencia a los 3 años de una citología negativa (31) (32).

La prueba de VPH incrementa sustancialmente la detección de adenocarcinoma cervical y de sus lesiones precursoras (31) (32).

El rendimiento de las pruebas de VPH utilizadas para el tamizaje primario, Captura de Híbridos², CareHPV, Cervista 16/18, Cobas 4800, Real Time, Aptima HPV, Xpert VPH tienen una sensibilidad que varía entre 95 y 100% y una especificidad que varía entre 81,5% y 90,2%. La Prueba que arroja valores más estable es la Aptima HPV (31) (32).

COLPOSCOPIA

El diagnóstico colposcópico de la neoplasia cervical requiere conocer y saber reconocer sus cuatro características principales: la tonalidad e intensidad del acetoblanqueo, los bordes y el contorno superficial de las zonas acetoblancas, el patrón vascular y la tinción de yodo. La colposcopia con biopsia dirigida se describe como el método de referencia o el patrón de oro para el diagnóstico de las lesiones cervicouterinas precancerosas. La sensibilidad de la colposcopia para diagnosticar la neoplasia cervical varía de un 87% a un 99%, pero su especificidad es inferior, se halla entre un 23% y un 87% (33) (34) (35).

La nueva terminología colposcopia fue preparada por el Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Patología Cervical y

Colposcopia (IFCPC). El examen colposcópico según se describe según su nomenclatura (38).

3. TRATAMIENTO DE LESIONES PREMALIGNAS

3.1. Crioterapia

La crioterapia produce una tasa de curación general de 89,5%. Produjo tasas de curación mayores respecto a las lesiones menos graves (NIC 1 y NIC 2). Las lesiones más graves (NIC 3), especialmente las lesiones más grandes que se extendían en el conducto endocervical, tienen tasas de curación inferiores con crioterapia. Para el tratamiento de lesiones extensas (que cubren el 75% o más del cuello uterino) o lesiones complicadas por la afección del conducto endocervical, es posible que otro método sea más apropiado (39).

Rara vez ocurren complicaciones severas como hemorragia grave, enfermedad pelviana inflamatoria (EPI) o problemas de otro tipo después de la crioterapia. No se documentan otras secuelas a largo plazo, como efectos negativos en la fecundidad futura ni en los resultados del embarazo. (39)

Entre los efectos colaterales, están el flujo vaginal (que duró entre 2 y 4 semanas, aproximadamente, después del procedimiento), sofoco, debilidad durante el tratamiento o inmediatamente después de este, malestar (dolor o cólico) durante el tratamiento o inmediatamente después de este y manchado o hemorragia leve después del procedimiento (39).

3.2. Asa Leep

En una evaluación sistemática se encontró que, Se identificaron 78 estudios, de ellos sólo 8 estudios cumplieron los criterios de inclusión. El tratamiento de NIC con cono frío disminuye el riesgo de enfermedad residual en comparación con LEEP (RR, 0,54; IC del 95%, 0,30-0,96, $p=0,04$). El manejo de lesiones premalignas con crioterapia, en comparación con LEEP, incrementa el riesgo de recurrencia de enfermedad en un 86% (RR, 1,86; IC del 95%, 1,16-2,97, $p=0,01$), el riesgo de infecciones (RR, 1,17) (41).

3.3. Cono Frío

Este procedimiento permite diagnosticar definitivamente el origen de la anomalía reflejada en las biopsias, y muchas veces logra curar al mismo tiempo la enfermedad cuando se establece un seguimiento adecuado. Algunas de las indicaciones para la conización en frío mediante bisturí incluyen: 1. Aquellos casos en que existe una prueba de Papanicolaou anormal de alto grado y sin embargo el examen colposcópico es completamente normal. 2. Cuando existen lesiones identificadas mediante la colposcopia que envuelven la parte profunda del canal endocervical, imposibilitando su tratamiento adecuado mediante la conización por asa diatérmica. 3. Aquellos casos en que el legrado endocervical o citobrush demuestra lesiones significativas. 4. Cuando la prueba de Papanicolaou muestra células anormales de tipo glandular que requieren una biopsia más amplia. En estos casos puede estar indicada la conización mediante bisturí. 5. Cuando se sospecha la presencia de una lesión cancerosa microinvasora.

Generalmente, la conización mediante bisturí se considera un procedimiento quirúrgico menor de tipo ambulatorio en el cual la paciente regresa a su casa el mismo día de la cirugía y no requiere hospitalización.

Es extremadamente eficaz (tasa de curación de entre el 90% y el 94%). Se extirpa una pieza quirúrgica única, sin bordes «quemados», lo cual facilita la evaluación de los márgenes a efectos de la ablación completa de la zona enferma. Por otro lado, requiere hospitalización y un quirófano, anestesia raquídea o general, personal extremadamente competente. Así como pueden surgir complicaciones, como hemorragia, infección, estenosis e insuficiencia cervicouterina con posible disminución de la fertilidad (46).

4. Estrategia Ver y Tratar

En países en vía de desarrollo; donde el tamizaje con citología y las facilidades tecnológicas no estén disponibles, una de las razones primarias para el fallo de este esquema es que el seguimiento de las pacientes es inadecuado. La tasa de pérdida de pacientes con anomalías citológicas varía entre el 40 y 80 %, Esto es debido a que la población es móvil, habita en viviendas informales y además posee un bajo nivel de educación. Estas condiciones resultan en bajas tasas de tamizaje y sólo unos cuantos pacientes pueden ser diagnosticados y adecuadamente tratados. El método "Ver y Tratar" (See and treat), apareció casi al mismo tiempo que el método LEEP (Conización con radiofrecuencia), a finales de los 80 y principios de los 90; expertos ingleses propusieron la aplicación de este método, el cual consiste en que desde la primera visita al centro de

patología cervical, las pacientes con citología anormal, y según los hallazgos colposcópicos, eran de una vez sometidas a procedimiento tipo LEEP. Las ventajas de obrar así consisten en reducir la ansiedad del paciente al ofrecerle de una vez el tratamiento del problema, disminuir los costos, menos visitas al médico y reducir las posibilidades de deserción y pérdida de pacientes. En los primeros protocolos publicados se hizo un uso indiscriminado del mismo, inaugurándose así un símil de la era precolposcópica, donde todas las pacientes con citología anormal eran sometidas a Conización (Ahora conización LEEP), y si se tienen en cuenta las nuevas terminologías citológicas (Bethesda), con su número incrementado de reportes anormales y la alta prevalencia del Virus Papiloma Humano en el país, se podría hablar de un abuso del procedimiento o en otras palabras, un sobretratamiento, es decir hacer LEEP en pacientes con cuellos normales, cervicitis crónicas o con lesiones menores (PVH o NIC I) que usualmente no requieren tratamiento ablativo. Se llegó así a frecuencias de sobretratamiento del 27.9 al 45% (43) (44).

El otro "peligro" del método "ver y tratar", consiste en la excisión de lesiones microinvasoras o adenocarcinomas en las cuales se prefiere un cono bien cortado con técnica de bisturí frío, y obtener una pieza para anatomía patológica en que fundamentar un diagnóstico apropiado con miras a un manejo futuro (43) (44) (45).

Otra preocupación acerca del método "Ver y tratar" recae en el hecho que para pacientes con Adenocarcinomas de cervix o carcinomas microinvasores se prefiere un cono con bisturí frío, el cual da un mejor espécimen para anatomía

patológica. El uso de la radiofrecuencia no esta exenta de complicaciones; se han reportado complicaciones infecciosas, hemorrágicas, estenosis cervical, reacciones adversas al uso de anestésicos locales (43) (44).

Las ventajas del método "Ver y tratar" en pacientes con criterios preestablecidos (Citología LIE de alto grado y colposcopia con cambios mayores); esquema que permite en una sola visita evaluación y tratamiento, disminuye costos para los pacientes, ahorra tiempo a los médicos, ofrece satisfacción a los pacientes, disminuye el número de histerectomías y disminuye el riesgo de pérdida para el seguimiento de las pacientes antes de la completa evaluación y tratamiento del NIC con muy escasas complicaciones y tasas de sobretratamientos. Debido a las anteriores ventajas el método "Ver y tratar" debe ser tenido en cuenta en los centros de patología cervical, como una alternativa para el manejo de la NIC (44).

CAPITULO 2: MARCO METODOLÓGICO

1. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

Autor: Paniagua Vilca Lizbeth (1)

Título: Valor Predictivo de la Inspección Visual con ácido Acético, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - Madre de Dios - 2014

Resumen:

Se diseñó el estudio con el objetivo de determinar el valor predictivo de la Inspección Visual con Ácido Acético, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - Madre de Dios – 2014. Diseño: Descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Población: Se tomó a todas las mujeres que acuden al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado para la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), en el año 2014, fueron 675 usuarias. Muestra: Todas las mujeres que acuden al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado para la IVAA cuyo resultado es positivo, en el año 2014, siendo 209 mujeres. El tipo de muestreo es No Probabilístico intencional, por criterio de inclusión. Conclusiones: El Valor Predictivo Positivo de la IVAA es del 21.5% y el Valor Predictivo Negativo es del 93.9%. Los intervinientes relacionados a la obtención de un resultado positivo en el IVAA resaltándose: 66% tuvo más de una

pareja sexual y al 77% se le diagnosticó cervicitis. En la relación de IVAA y PAP, el 21.5% presentó anomalías en las células escamosas. La prevalencia de la IVAA es 10.8%, la sensibilidad 61.6%; y la especificidad 72.7%.”

Palabras clave: Valor Predictivo, Inspección Visual con Ácido Acético, Cáncer de Cuello Uterino.

A nivel nacional

5.1. Autor: MARTINEZ CCARAHUANCO Barnard Celestino (2)

5.2. Título: *Efectividad De La Crioterapia En El Tratamiento De Lesiones Intraepiteliales Cervicales En El Hospital Regional De Ayacucho 2016-2017*

5.3. Resumen:

“OBJETIVO: Conocer la efectividad de la crioterapia en el tratamiento de lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital Regional de Ayacucho 2016 – 2017.

MÉTODOS: Se realizó una investigación de tipo cuantitativo, aplicativo, no experimental, retrospectivo, descriptivo y correlacional. Se obtuvo una muestra de 104 mujeres con Crioterapia y con control al año del procedimiento, los resultados se procesaron en el programa SPSS versión 23.0, utilizándose tablas de frecuencia, prueba de chi cuadrado y riesgo relativo.

RESULTADOS: Durante el 2017 se obtuvo mayor frecuencia de mujeres con crioterapia y control anual, siendo 50.96% (53) de la muestra y durante el 2016 se obtuvo 49.04% (51), promedio de las edades es 39.21,

siendo jóvenes (20 a 29) 10 mujeres y adultas (30 a 49) 94 mujeres, el 88.5% (92) presentaron resultados negativos al control anual y el 11.5% (12) presentaron resultados positivos, se relacionó la edad con la eficacia del procedimiento obteniéndose $\text{sig} = 0.873$ entonces se entiende que las mujeres jóvenes o adultas sanan indistinguiblemente de la edad que tengan, el 19.23% (20) fueron nulíparas y/o primíparas y el 80.77% (84) fueron múltiparas, se relacionó la paridad y la efectividad del procedimiento obteniéndose $\text{sig} = 0.811$ y un $\text{RR} = 1.2$ entonces la paridad no es determinante para la efectividad de la crioterapia y que las mujeres múltiparas presentan 1.2 veces más probabilidad de no recuperación.

CONCLUSION: La crioterapia como tratamiento de lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital Regional de Ayacucho obtuvo una efectividad de 88.5%.”

Palabras clave: efectividad, crioterapia, lesión intraepitelial, IVAA

2.2. Autor: Laberiano Fernández C, Gamarra Chevarría MF, Velazco Cabrejos S.

(3)

2.3. Título: Correlación citohistológica de ASC-H en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero 2013 a julio 2015

2.4. Resumen:

En nuestro país, el cáncer de cuello uterino es aún la neoplasia maligna más frecuente en mujeres. Como prueba de tamizaje se utiliza el examen de Papanicolaou o citología cérvico-vaginal, el cual es informado utilizando el Sistema de Bethesda. En dicho sistema, la categoría ASC-H (atypical

squamous cells – cannot exclude HSIL-high grade squamous epithelial lesions, por sus siglas en inglés) designa los casos con presencia de células escamosas atípicas en las cuales los cambios son sugestivos de una lesión intraepitelial escamosa de alto grado pero insuficientes para una interpretación citopatológica definitiva, por lo que es importante determinar la correlación citohistológica de esta categoría. Objetivo. Correlacionar los resultados citopatológicos informados como ASC-H con los diagnósticos histopatológicos. Diseño. Estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Material. Citología cérvico-vaginal e histopatología. Métodos. Se revisó los casos con estudio citopatológico realizado entre enero de 2013 y julio de 2015, y con estudio histopatológico hasta un año después. Mediante la base de datos se determinó la cantidad poblacional y los diagnósticos. Se consideró como prueba de oro el diagnóstico histopatológico. Principales medidas de resultados. Correlación cito-histológica en casos de ASC-H. Resultados. Durante el período de estudio se realizaron 53 716 estudios de citología cérvico-vaginal convencional; de estos, 119 fueron catalogados como ASC-H; finalmente, 43 casos (0,07%) cumplieron los criterios de inclusión. El rango de edad de las pacientes fue de 22 a 70 años, siendo la media 43,8 años. El 42% de casos de ASC-H tuvo el diagnóstico de NIC2 y NIC3 en el estudio histopatológico. Conclusión. Se encontró una correlación entre los resultados de ASC-H y las lesiones intraepiteliales de alto grado (NIC II y NIC III), que concuerda con la encontrada en la bibliografía.”

Palabras Clave: Citología cérvico-vaginal, ASC-H, Neoplasia intraepitelial cervical.

A nivel internacional

5.4. Autor: González A., Prada J., Sanín J., Villota N., et al. (4)

5.5. Título: Aplicación del método "ver y tratar" en pacientes con citología LIE de alto grado y colposcopia con cambios mayores

Resumen:

INTRODUCCIÓN: El método de ver y tratar consiste en diagnosticar y tratar por medio de la radiofrecuencia (asa LEEP) en una sola visita médica las pacientes con citología y colposcopia alteradas. Esta opción terapéutica se podría ajustar a nuestras condiciones económicas, sociales y culturales.

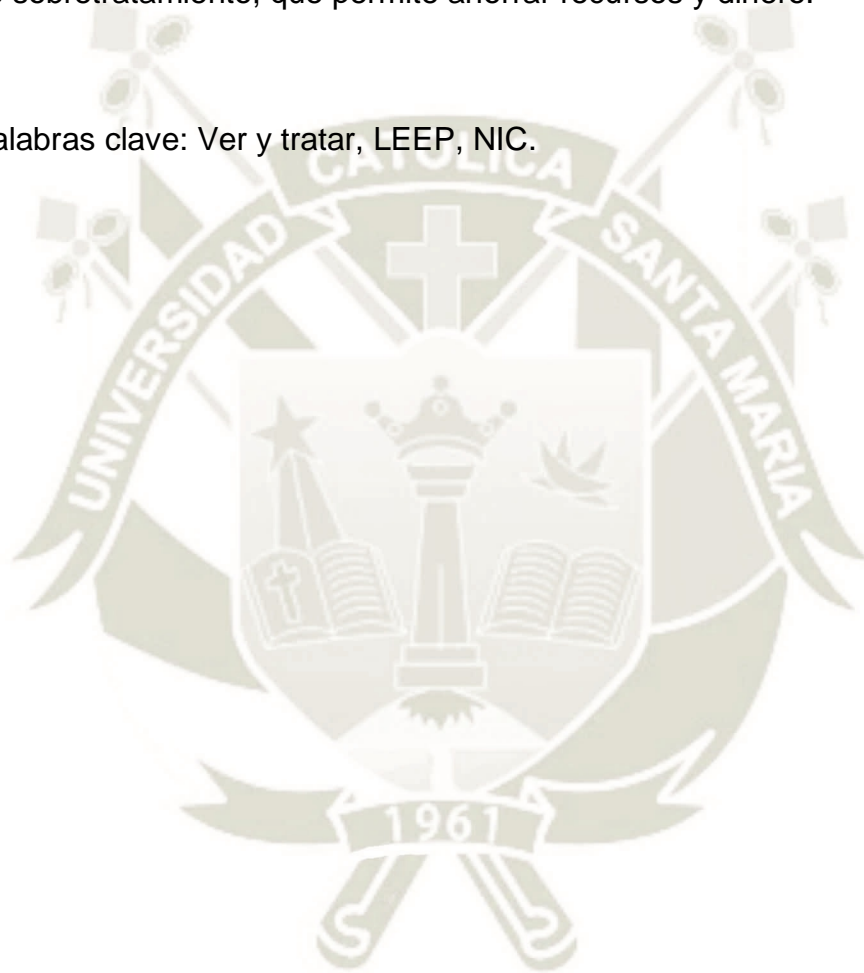
OBJETIVOS: Evaluar la eficacia terapéutica del método "ver y tratar" en pacientes con citología LIE de alto grado y colposcopia con cambios mayores, en la unidad hospitalaria de Castilla. MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de las historias clínicas de las pacientes sometidas al protocolo de "ver y tratar", las cuales tenían citología de alto grado y hallazgos colposcópicos de "cambios mayores" entre 1998 y 1999.

RESULTADOS: Fueron sometidas a este protocolo 24 pacientes, 22 (91.7%) tuvieron algún grado de displasia en el resultado de anatomía patológica: NIC II en 5 pacientes, NIC III en 16 y 1 con NIC I. 2 pacientes se consideraron "sobretreatadas", pues no se halló evidencia de NIC. Existieron 5 casos de pacientes (22.7%) que presentaban bordes del LEEP comprometidos, los cuales al hacerles el seguimiento solo uno requirió

retratamiento con LEEP, el cual reportó NIC I. CONCLUSIONES: La aplicación del método "ver y tratar" en pacientes con citología de alto grado y hallazgos a la colposcopia con cambios mayores es una alternativa eficaz para manejar las pacientes y con una alta correlación patológica y baja tasa de sobretratamiento; que permite ahorrar recursos y dinero.

Palabras clave: Ver y tratar, LEEP, NIC.



2. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

a. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: Se informará a las pacientes sobre la importancia del trabajo de investigación, se aplicará una ficha de recolección de datos, informes de colposcopia e informes de anatomía patológica, a las pacientes que acudan al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta Red Asistencial Madre de Dios – EsSalud.

Instrumentos: Formulario de recolección de datos, historias clínicas, informes de colposcopias e informes de anatomía patológica correspondientes.

Materiales: Materiales de escritorio, computadora con software de procesamientos de texto y estadística, hojas de cálculo, impresora.

b. Campo de verificación

- Ubicación espacial: Servicio de ginecología y obstetricia del Hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta, ubicado en el distrito de Tambopata, provincia Tambopata y departamento de Madre de Dios.
- Ubicación temporal: Toma de datos obtenidos durante el periodo agosto 2019 hasta julio 2020.

- Unidades de estudio: Todas las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión y que acudan al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta.

- Población: Todas las pacientes que acuden al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta Madre de Dios Essalud entre agosto 2019 y julio 2020

- Muestra: Se tomarán datos de todas las pacientes que acudan al servicio de ginecología y obstétrica del Hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta. Durante el periodo 2019 – 2020, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Muestreo: No aleatorizado, por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Paciente que acuda al servicio de Ginecología y Obstetricia
- Edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Que ya han iniciado relaciones sexuales
- Firma de consentimiento informado (anexo 3)
- Llenado de ficha de recolección de datos
- Paciente con diagnóstico de Neoplasia intraepitelial cervical

Criterios de exclusión:

- Gestación en curso
- Sangrado genital.
- Morbilidad asociada
- Historia Clínica Incompleta
- Recibió tratamiento en otro centro Hospitalario
- Histerectomizada
- Infección Pelvica Crónica o Aguda.
- Vulvovaginitis en curso.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Organización

- Aprobación del proyecto de tesis por médico asesor y médico dictaminador asignado por la Facultad de Medicina de la UCSM, para poder continuar con la ejecución de esta. (anexo 1).
- Coordinación con el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta. para acceder al historial de informes de colposcopia y obtener nombres y números de historias clínicas de las pacientes.
- Evaluación de resultados de anatomía patológica.
- Organización de la información obtenida según formulario de recolección de datos planteado (Anexo 2).

- Procesamiento de datos en hojas de cálculo para su posterior análisis estadístico e interpretación.

Recursos

- a) Humanos:** Investigador: Delford Ojeda Ramirez

Estadístico

- b) Asesor**

- c) Financieros:** Autofinanciado

Criterios para manejo de resultados

- a) Plan de Procesamiento:**

Los datos obtenidos a partir de los informes de coposcopia, historias clínicas, ficha de recolección de datos e informes de anatomía patológica, serán codificados y tabulados.

- b) Plan de Clasificación:**

Se utilizará una matriz de datos en el programa Microsoft Excel 2016 para la adecuada organización de la información.

- c) Plan de Conteo:**

Dado que los datos se encontrarán ingresados en un sistema electrónico, el conteo se llevará a cabo mediante funciones predeterminadas en las

hojas de cálculo de Microsoft Excel 2016 y el programa estadístico SPSS v11.

d) Plan de Análisis:

La estadística descriptiva se realizará mediante frecuencias y porcentajes, y a través de medias y desviaciones estándar para las variables numéricas.

Se realizará la prueba estadística de Chi-cuadrado para variables cualitativas.

Para las variables Cuantitativas la prueba estadística t de Student para comparación de medias. Y ANOVA para variables Cuantitativas de 3 o más categorías. Se tomará un valor de $p < 0,05$ como significativo.

3. Cronograma de Trabajo

Tiempo en meses	Año																											
	2019																2020											
	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto - Diciembre				Enero - Julio							
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Búsqueda bibliográfica de problema de investigación	X	X	X	X																								
Sistematización de bibliografía				X	X	X	X	X																				
Redacción de proyecto									X	X	X	X																
Aprobación de proyecto de tesis													X	X	X													
Dictamen de comité de ética de investigación																												

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Paniagua Vilca L. Valor Predictivo de la Inspección Visual con ácido acético, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado. Tesis. Madre de Dios: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2015.
2. Martinez Ccarahuanco BC. Efectividad de la crioterapia en el tratamiento de Lesiones Intraeiteliales Cervicales en el Hospital Regional de Ayacucho. Tesis. Ayacucho: Universidad Peruana de los Andes; 2018.
3. Gamarra Chevarria M, Velazco Cabrejos S, Laberiano Fernandez C. Correlación citohistologica de ASC-H en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2013 a 2015. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2017; 63(4): p. 547-551.
4. González Antonio PJCSJEVN. Aplicación del método "ver y tratar" en pacientes con citología LIE de alto grado y colposcopia con cambios mayores. Revista Colombiana de obstetricia y Ginecología. 2001 octubre; 52(3).
5. Vera-Romero OE. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2013; 6(1): p. 41-45.
6. Jeronimo J. Cancer de cervix: reflexiones sobre tamizaje y manejo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2016 julio; 62(3).
7. M B, Codling B, Pearson P, Read M, Swingler G. Colposcopic diagnosis and treatment of cervical dysplasia at a single clinic visit. Lancet. 1990; 336(336).
8. MINSA. Plan Nacional para la prevención y control de Cancer de Cuello Uterino 2017 - 2021. 2017th ed. salud Md, editor. Lima: Ministerio de Salud; 2017.
9. Luesley d, Culimore j. Loop diathermy excision of the cervical transformation zone in patients with abnormal cervical smears. British Medical Journal. 1990; 300(1990-3).

10. MINSA. Análisis de la Situación de Cáncer en el Perú. Primera ed. Epidemiología DGd, editor. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
11. INEI. PERU: Enfermedades no transmisibles y transmisibles. [Online]. Lima: INEI; 2016 [cited 2018 marzo. Available from: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf.
12. Cann A. Principles of Molecular Virology. QUINTA ed. USA: ELSERVIER; 2011.
13. ROCHA ZAVALETA L. Virus del Papiloma Humano. [Online].; 2011 [cited 2019 marzo. Available from: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/infecciones-transmision-sexual.html>.
14. Plummer M,HR,FSea. Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case-control study. Cancer Causes & Control. 2003 Noviembre; 14(9).
15. Long Fu Xi LAKPECZRECMJHaMS. Relationship Between Cigarette Smoking and Human Papilloma Virus Types 16 and 18 DNA Load. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 2009 diciembre; 18(12).
16. Anthony S. Gunnell TNTATPWDPSJPaNY. Synergy between Cigarette Smoking and Human Papillomavirus Type 16 in Cervical Cancer In situ Development. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 2009 Noviembre; 15(11).
17. benites zapata v, Tejada R, Mezones E. Frecuencia de infección por virus de papiloma humano no asociados a cáncer y distribución de genotipos en población general. [Online].; 2013 [cited 2019 marzo. Available from: <http://plataformagets.sis.gob.pe/bitstream/SIS/219/1/Nota%20T%C3%A9cnica%202013-8.%20Frecuencia%20de%20infecci%C3%B3n%20por%20virus%20de%20papiloma%20humano%20no%20asociados%20a%20c%C3%A1ncer%20y%20distribuci%C3%B3n%20de%20genotipos%20en%20poblaci%C3%B3n>.
18. Saia PD. Clinical Gynecologic Oncology. novena ed. barcelona: Elsevier; 2017.

19. Mariel Araceli Oyervides-Muñoz AAPMHFRGGSGMMLGR. Understanding the HPV integration and its progression to cervical cancer. *Infection, Genetics and Evolution*. 2018 julio; 61(5).
20. Sumita Mehta PS. *Colposcopy of Female Genital Tract*. Primera ed. Singapore : Springer; 2017.
21. Bolhassani A. *HPV Infections: Diagnosis, Prevention, and Treatment*. Primera ed. Publishers BS, editor. Iran; 2018.
22. Juman A, LaMontagne S, levin c, Ramos I, Mendoza M, Penny M. Resumen de la experiencia y evaluación del proyecto piloto de la vacuna del VH en el Perú. [Online].; 2009 [cited 2019 marzo. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1454.pdf>.
23. Gutierrez Aguado A. Costo-utilidad de la vacuna contra el virus de papiloma humano en mujeres peruanas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2011 septiembre; 28(3).
24. Venegas Rodríguez GG. GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO (RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1013-2016/MINSA). Primera ed. Lima: Ministerio de Salud. Despacho Viceministerial de Salud Pública.; 2017.
25. INEN. CASOS NUEVOS DE CANCER REGISTRADOS EN INEN, PERIODO 2000-2017 (AMBOS SEXOS). [Online].; 2017 [cited 2019 Marzo. Available from: https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/04/INEN-CASOS-NUEVOS-2000-2017_VF.pdf.
26. Herrington S. *Pathology of the Cervix*. Primera ed.: Springer; 2017.
27. Herrera Y, Piña P. Historia de la evolución de las pruebas de tamizaje en el cáncer cervicouterino. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social*. 2015 Marzo; 53(6): p. 670-677.
28. Sellors j, Sankaranarayanan R. *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical*. Primera ed. Washington: OPS; 2003.
29. Moreno Barrios MC. Actualización en el reporte de citología cervicovaginal basado en el sistema Bethesda 2014. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2017; 77(1).

30. Ricci P, Perucca E. CITOLOGÍA DE BASE LÍQUIDA: REVISIÓN DE LA HISTORIA Y LOS ESTUDIOS AL RESPECTO. Revista Chilena de Obstetricia y ginecología. 2004; 69(3).
31. Alameda F, Fusté P, Albert S. Citología en medio líquido (Thin Prep Pap Test). Un año de experiencia. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2007 Abril; 50(4).
32. Sankaranarayanan R. Manual práctico para la Detección Visual de las Neoplasias Cervicales Lyon: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. Organización Mundial de la Salud.; 2005.
33. Ferreccio C, Gage J. Inspección visual del cuello uterino con ácido acético (IVAA): reseña crítica y artículos seleccionados. Primera ed. Washington: OPS; 2003.
34. Modernas metodologías diagnosticas para la detección del Virus del Papiloma Humano y prevención del cáncer de cuello uterino. Revista Salud Universidad Industrial de Santander. 2017; 49(3): p. 478-488.
35. OPS/OMS. INCORPORACIÓN DE LA PRUEBA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO. Primera ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud ; 2016.
36. Oncoguía SEGO: Prevención del cáncer de cuello de útero. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico. Primera ed.: Publicaciones SEGO; 2014.
37. Astudillo González OB, Flores Montesinos , Espinoza Salamea MR. DIAGNÓSTICO MOLECULAR DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. Revista Panorama Médico. 2014 julio; 8(1): p. 69-64.
38. Schiffman M, Solomon D. Cervical-Cancer Screening with Human Papillomavirus and Cytologic Cotesting. The New England Journal Of Medicine. 2013 Diciembre; 369(24): p. 2324-2231.
39. Schiffman , Wentzensen , Wacholder , Kinney W. Human Papillomavirus Testing in the Prevention of Cervical Cancer. Journal of the National Cancer Institute. 2011 Marzo; 103(5): p. 368-383.

40. Apgar BS. Colposcopia. Principios y práctica. SEGUNDA ed.: Elsevier Masson; 2010.
41. Mayeux j, Cox T. Modern Colposcopy Textbook and Atlas. Tercera ed. Washinton: lippincott williams & wilkins; 2017.
42. Reich O, Girardi F, Tamussino K, Pickel H. Burghardt's Primary Care Colposcopy. Cuarta ed. Germany: Amolca; 2017.
43. Bornstein J, Bentley J, Bösze P, Girardi F, Haefner. 2011 Colposcopic Terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. Obstetrics & Gynecology. 2012 Julio; 120(1): p. 166-172.
44. Salud OMdl. Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Primera ed. Washington: OPS/OMS; 2014.
45. van der Heijden E LABABRGK. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Online].; 2015 [cited 2019. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010757.pub2>.
46. Hurtado-Roca Y, Becerra. Efectividad y Seguridad del tratamiento de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) con cono frío, crioterapia o termo coagulación versus LEEP: Revisión Sistemática y Metaanálisis. [Online].; 2019 [cited 2019. Available from: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/direcc_invest_salud/RRI_04_2019_REP_ORTE_version_corta.pdf.
47. Meirovitz M GDDJSLR. Uterine cervix conization based on Pap smear results: the "see and treat" approach. Israel Medical Association journal. 2014 mayo; 16: p. 303-306.
48. Gonzales A, Prada JC, Sanin JE, Villota N. Aplicación del método "ver y tratar" en pacientes con citología LIE de alto grado y colposcopia con cambios mayores. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2001; 52(3).

ANEXOS

Anexo 1

SOLICITO: Autorización para la ejecución del
Trabajo de Investigación

Señor Doctor

DIRECTOR DEL HOSPITAL I VICTOR ALFREDO LAZO PERALTA – RED
ASISTENCIAL MADRE DE DIOS ESSALUD

Yo, Delford Freddy Ojeda Ramirez, identificado con
DNI 30961037, CMP 40286, médico cirujano, con
domicilio en urb Santa Rosa de Lima X-5 Cerro
Colorado -Arequipa, me presento y expongo:

Que, habiendo sido aprobado el proyecto de trabajo
de investigación “Utilidad de la estrategia “VER Y TRATAR” en el tratamiento de
Neoplasia Intraepitelial Cervical en el Servicio de Ginecología del Hospital I Victor
Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios 2019 - 2020”, solicito su evaluación por el
comité de investigación y su posterior autorización para la ejecución del mismo, en
los pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital I Victor Alfredo
Lazo Peralta.

Aprovecho la presente para mostrarle mis
sentimientos de estima personal.

Atentamente.

Delford F. Ojeda Ramírez
DNI 30961037
CMP 40286

Anexo 2:

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre:

Historia Clínica: _____ DNI: _____

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS (5)

Edad:

Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()

Nivel Socioeconomico:

a) Grado de instrucción del Jefe de Familia: Primaria () Secundaria Completa () Secundaria Incompleta () Superior () Estudios Universitarios Completos () Estudios Universitarios Incompletos () Post Grado ()

b) Número de habitaciones en casa: _____

c) Número de habitantes en casa: _____

d) Tipo de Atención Médica: Posta Médica () MINSA () Seguro Social () Particular ()

e) Material de Vivienda : Arena () Cemento () Mayolica () Parquet ()

f) Salario Mensual: <750 () 750 – 1000 () 1001 – 1500 () >1500 ()

g) Religión Católica () No Católica ()

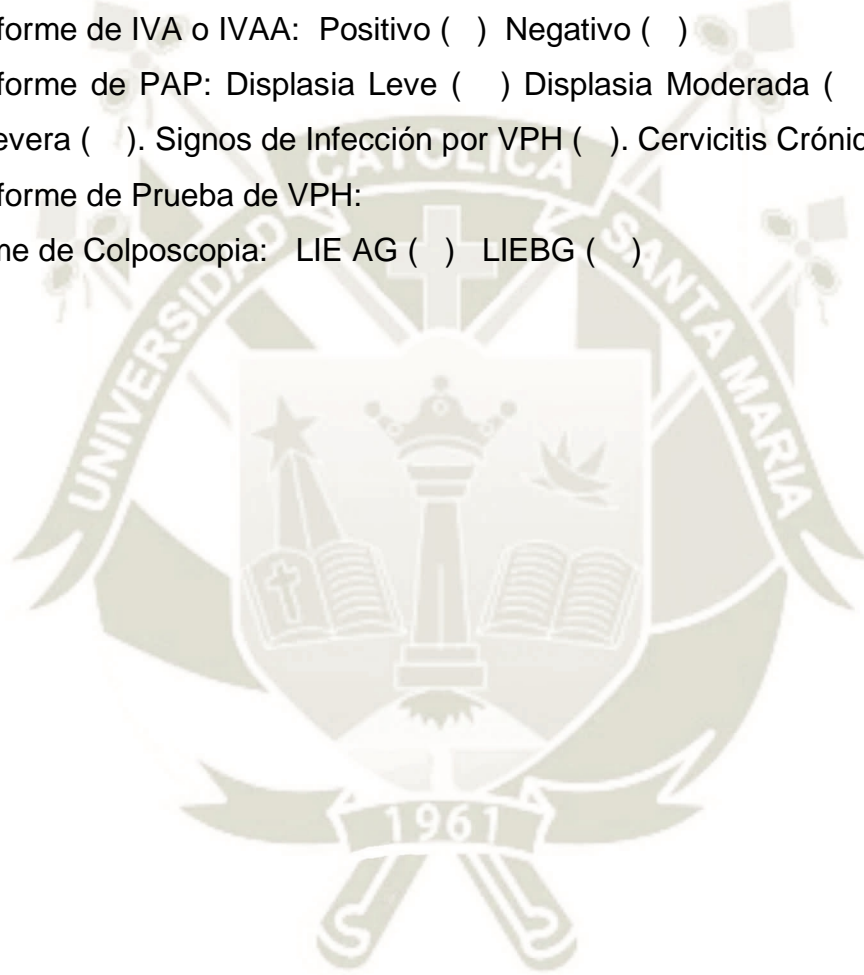
Nivel Socioeconómico: alto/medio alto () Medio () Bajo Superior () Bajo Inferior () Marginal ()

II. ASPECTOS ASOCIADOS

- Edad de Inicio de relaciones sexuales: _____ Número de parejas Sexuales: _____

- Numero de Cigarros que fuma al día: _____

- Métodos anticonceptivos que usa: inyectable mensual (), inyectable trimestral (), Anticonceptivos Orales Combinados () Preservativo ()
- Régimen Catamenial: Frecuencia: ____ días Duracion: ____ días
Cantidad: ____ paños al día
- Número de Hijos: _____
- Ultimo PAP realizado: Fecha mes _____ año _____ Resultado:
- Informe de IVA o IVAA: Positivo () Negativo ()
- Informe de PAP: Displasia Leve () Displasia Moderada () Displasia Severa (). Signos de Infección por VPH (). Cervicitis Crónica ()
- Informe de Prueba de VPH:
- Informe de Colposcopia: LIE AG () LIEBG ()



ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA U OTROS PROCEDIMIENTOS MEDICOS

RED ASISTENCIAL MADRE DE DIOS

Establecimiento: Hospital I Víctor Alfredo Lazo Peralta Nro. Acto Médico:

Yo,

.....

..... ; identificado (a) con DNI/Pasaporte/ Carné de las FFAA I Carné de Extranjería N° , en mi condición de paciente con Historia Clínica N° _____ , autorizo al (los) médico (s) investigadores:

Dr. _____ (a)

_____ para participar en el trabajo de investigación “Utilidad de la estrategia “VER Y TRATAR” en el tratamiento de Neoplasia Intraepitelial Cervical en el Servicio de Ginecología del Hospital I Víctor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios 2019 – 2020

Que consiste en:

1. Sobre la naturaleza, el propósito los riesgos o consecuencias potenciales razonablemente previsibles de los procedimientos médico quirúrgico propuestos como parte de la investigación y otros que, excepcionalmente puedan presentarse y estén relacionados al procedimiento.
2. También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias; de no recibir ningún tratamiento.
3. También Yo entiendo que, en adición a los riesgos particulares de los procedimientos médico quirúrgico hay riesgos inherentes a mi persona por

someterme a cualquier procedimiento médicoquirúrgico como: arresto cardiaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas de arterias y venas, reacción adversa a drogas y/o medicamentos, dolor e incomodidad; o imprevistos de otra naturaleza.

4. También he realizado las preguntas que consideré necesarias, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

5. También entiendo que durante el curso del presente procedimiento médicoquirúrgico, pueden concurrir condiciones inesperadas y que a juicio del (de los) médico(s), debería realizarse una extensión o modificación al procedimiento inicialmente programado o diferente al arriba recomendado. En merito a ello, autorizo no retardar o detener el (los) procedimiento(s) complementario(s) para obtener un nuevo consentimiento adicional. 6. Finalmente autorizo que durante el procedimiento al cual soy sometido(a), según sea el caso, se puedan utilizar técnicas e instrumentos que garanticen evidencia científica y pedagógica; porque también entiendo que los Hospitales de EsSalud como este, según nivel de atención, son instituciones Docentes que trabajan con personal de salud en formación, capacitación y entrenamiento.

- En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre los procedimientos del presente trabajo de investigación médico quirúrgico que seré(a) sometido(a) mi representado(a); he procedido a suscribir de puño y letra las seis (06) declaraciones arriba descritas, por lo que firmo el presente Consentimiento Informado.
- Fecha: día ____, mes: _____ año: _____ Hora: _____ AM/PM.
- Firma del Paciente : _____
- DNI/ Pasaporte/ Carné FFAA/Carne de Extranjería N° _____ ; que autoriza el procedimiento médicoquirúrgico:
- Observaciones: _____