



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TRATAMIENTO DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO
QUE ACUDIERON AL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL
PERIODO 2016.**

TESIS PRESENTADO POR:

DÍAZ REÁTEGUI, FRANZ

ASESORA:

HUAYTA VALLES, KARIN

PARA OPTAR:

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN OBSTETRICIA

PUCALLPA, 2017

ÍNDICE

Caratula	
Índice	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	
Abstract	
CAPITULO I	9
PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	9
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	9
1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.2.1 Delimitación Espacial	11
1.2.2 Delimitación Temporal.....	11
1.2.3 Delimitación Del Contenido	11
1.2.4 Delimitación social	11
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3.1 Problema Principal.....	12
1.3.2 Problemas secundarios.....	12
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.4.1 Objetivo General	12
1.4.2 Objetivos específicos.....	13
1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	13
1.5.1 Hipótesis General	13
1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	13
1.5.3 Operalización de variables	14
1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.6.1 Tipo de investigación.....	15
1.6.2 Nivel de investigación.....	15
1.6.3 Método	15
1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.7.1 Universo.....	15
1.7.2 Población.....	16
1.7.3 Muestra	16
1.7.4 Criterios de inclusión.....	17
1.7.5 Criterios de exclusión.....	17
1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	18
1.8.1 Técnicas	18
1.8.2 Instrumentos	18
1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	18
CAPITULO II	20
2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION	20
2.1.1 ANTECEDENTES	20
2.1.2 BASES TEÓRICAS.....	27
CAPITULO III	48

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	48
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	64
FUENTES DE INFORMACION.....	65
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	69
MATRIZ DE CONCISTENCIA	72

DEDICATORIA

- La presente tesis esta dedica a Dios, nuestro Señor, quien guarda cada día de mi familia
- A mi madre, la señora: Herla Reátegui Vargas, por confiar en mu y darme su apoyo incondicional.
- A mi padre: el señor: Arles Díaz López por ser un ejemplo de padre trabajador.
- A mi familia: señora: Winny Lin Luna Cumapa y mi hijo: Adrián Stephano Díaz Luna, ellos son el motor y motivo de mi lucha constante.

AGRADECIMIENTO

- A la Universidad Alas Peruanas, por la formación profesional recibida en toda mi etapa de formación.
- Al Hospital Regional de Pucallpa, por la colaboración del desarrollo de la tesis
- A la Obstra. Rocio Guevara Cabrera, por ayudarme en la información del programa de preventivo de cáncer
- A mi asesora de tesis por tener paciencia y dedicación.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **Objetivo:** Determinar los tratamientos de las mujeres con IVAA positivo que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016. **Material y métodos:** La investigación tendrá un enfoque cualitativo porque a través del análisis se busca dar respuesta al tratamiento de la IVAA positivo, diagnosticadas mediante el examen de IVAA en las mujeres que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa, durante el período 2016. La presente investigación tendrá un método observacional de las cuales nos dará unos resultados de acuerdo a las fichas realizadas. Las **conclusiones:** el 4% son adolescentes y el grupo de mayor resultado con el 22% corresponde al grupo etario de 25 a 29 años. La población que más se atendió fue de Callería con el 41%, además se atendió a población de Yarina cocha con el 20% y con el 24% del distrito de Manantay. Los antecedentes ginecológicos más representativos son: la población que tuvo menarquia entre 14 a 16 años con el 42%, las que iniciaron sexo entre los 17 a 19 años, la edad del primer embarazo a los 17 a 19 años con el 31%. Lo que determina que los factores más importantes dentro de la ginecología están asociado a tener un IVAA POSITIVO. Sobre la incidencia de lesiones precancerosas del cérvix, diagnosticadas mediante el IVAA, en mujeres de edad fértil que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016, se determina que es el 7.95% por año.

Palabras clave: Ivaa positivo, tratamiento

ABSTRACT

The present study was raised by the Aim: To Determine the treatment of women with positive IVAA who attended the Regional Hospital of Pucallpa, 2016 period who came to Pucallpa's Regional Hospital, period 2016. **Material and methods:** The research will have a qualitative approach because the analysis seeks to respond to the treatment of positive VIA, diagnosed by VIA examination in women who went to the Regional Hospital of Pucallpa, during the 2016 period. The present investigation will have an observational method of which will give us some results according to the cards made. **The conclusions:** 4% is teen and the group of major result with 22 % corresponds to the group etario from 25 to 29 years. The population who more was attended was of Callería with 41 %, in addition there was attended population of boiled Yarina by 20% and by 24 % of Manantay's district. The most representative gynecological antecedents are: the population who had menarquia between 14 to 16 years with 42 %, which initiated sex between the 17 to 19 years, the age of the first pregnancy to the 17 to 19 years with 31 %. What determines that the most important factors inside the gynaecology are associated to having a POSITIVE IVAA. On the incident of injuries precancerosas of the cervix, diagnosed by means of the IVAA, in women of fertile age who came to Pucallpa's Regional Hospital, period 2016, one determines that it is 7.95 % per year.

Key words: Positive IVAA. Treatment

INTRODUCCION

Desde hace algunos años, La Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) constituye una alternativa frente a la Citología Exfoliativa en el examen de detección del Cuello de Útero en lugares de escasos recursos o como complemento del Papanicolaou en zonas de medianos recursos. La elevada sensibilidad de la IVAA demuestra que la prueba podría ser útil en la detección de lesiones precancerosas de cuello uterino, ya sea como único método de pesquisa o asociado al Papanicolaou, además, al disponer del resultado en forma inmediata, se evitaría el alto grado de deserción con relación al seguimiento y tratamiento de mujeres con sospecha de patología de cuello uterino, asegurando así su correcto manejo que llevaría a disminuir la incidencia de esta enfermedad.¹

Otros métodos utilizados en el tamizaje del cuello uterino para identificar lesiones macroscópicas son: la Inspección Visual con Ácido Acético Magnificada (IVAM), la Cervicografía, la Especuloscopía y la Inspección visual con Iodo Lugol (VILI). Un resultado positivo obtenido con una de estas técnicas indica un mayor riesgo de sufrir Cáncer Cervicouterino. , lo que disminuye la deserción de las pacientes y a la vez permite, en caso de ser necesario, iniciar de inmediato los estudios confirmatorios y el tratamiento. Gran parte de la discusión sobre cómo mejorar la eficacia de los programas de detección precoz, se ha centrado en el análisis de la sensibilidad y la especificidad de las pruebas de tamizaje.²

El presente estudio busca fortalecer el seguimiento y tratamiento de las pacientes diagnosticadas con IVAA positivo del programa de detección de cáncer de cérvix, en el Hospital Regional de Pucallpa. Ya que el Hospital Regional de Pucallpa es uno de los que realiza el diagnostico confirmatorio mediante la colposcopia y tratamiento oportuno; busca mejorar el inicio inmediato de tratamiento de las lesiones diagnosticadas de cáncer y por consiguiente evitar progresión a cáncer de cuello uterino y de esta manera prevenir muertes por cáncer.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Durante la última década: En los últimos años se han hecho importantes avances en el tratamiento de cáncer de cuello uterino; sin embargo la prevención y detección temprana son aún débiles, por ello se plantea la presente investigación del tratamiento de las mujeres en edad fértil con IVAA positivo, cuya finalidad es de poner al alcance un servicio fortalecido con investigaciones científicas en nuestra región sobre la incidencia de células pre cancerosas.

Históricamente el cáncer de cuello uterino ha sido modelo de prevención primaria y secundaria, con una alta probabilidad de diagnóstico temprano mediante el examen citológico ideado por Papanicolaou en el año 1940, encontrándose en los años 90 que más del 95% son por PVH. Otros métodos utilizados en el tamizaje del cuello uterino para identificar lesiones macroscópicas son: la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), la inspección Visual con Ácido Acético Magnificada (IVAM), la Cervicografía, la con Iodo Lugol (VILI). Un resultado positivo obtenido con una de estas técnicas indica un mayor riesgo de sufrir Cáncer Cervicouterino.²

En lugares de escasos recursos existen muchas barreras para la puesta en marcha de programas de detección precoz del Cáncer Cervicouterino, entre ellas la necesidad de responder a otros problemas de salud, a lo que suma la inaccesibilidad para muchas mujeres a los servicios de salud. En la mayoría de estos países, los programas de exámenes de detección de Cáncer son pobremente desarrollados o no existen por consiguiente, hay pocas oportunidades para diagnosticar enfermedades precancerosas, por lo que muchas de las pacientes acuden al médico con la enfermedad en estado avanzado.

En nuestro país en la atención primaria, dos son las pruebas las que han sido postuladas como las principales alternativas sobre las cuales basar las estrategias prevención primaria contra el cáncer de cuello uterino, estas son la citología vaginal mediante la prueba de la citología vaginal y la observación directa mediante una inspección visual con ácido acético. Si bien esta última ha sido postulada como la prueba alternativa que podría desplazar a la citología vaginal como la prueba de tamizaje de elección la evidencia que soporta esta hipótesis todavía es contradictoria, por la falta de entrenamiento y fortalecimiento de capacidades, de ahí que son pocos los profesionales que practican la inspección visual con ácido acético. Nuestra investigación contribuirá a tener datos estadísticos de la utilidad del examen de IVAA y la incidencia de las células precancerosas en nuestra región.

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación Espacial

El presente trabajo de investigación se llevara a cabo en el Hospital Regional de Pucallpa que se encuentra ubicado en el Jr. Agustín Cauper N° 285, Localidad de Pucallpa, Distrito de Callería, Provincia de Coronel Portillo, Departamento de Ucayali con una superficie territorial estimada de 2265818 Km cuadrados.

TIPO DE HOSPITAL

- El Hospital es considerado como Hospital de nivel II, así tenemos:
- Según su ubicación geográfica : está ubicado en la zona Urbana.
- Según su tipo de construcción : es de tipo horizontal.
- Según su tipo de dependencia : es de tipo estatal.
- Según el tipo de cama : tipo mediano con un total de 171 camas.
- Según el tipo de pacientes : agudo y crónico.
- Según el servicio que prestamos : generales y especializados.

1.2.2 Delimitación Temporal

El presente trabajo de investigación se realizará durante el periodo de enero a diciembre 2016.

1.2.3 Delimitación Del Contenido

Campo De Estudio: Salud Pública.

Área: Gineco-Obstetricia.

1.2.4 Delimitación social

El grupo social sujeto de estudio son todas las mujeres en edad fértil que fueron atendidas en el consultorio de despistaje de cáncer de cuello uterino y se realizaron el examen de IVAA positivo y seguimiento en el

Hospital Regional de Pucallpa durante los meses de enero a diciembre del 2016.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema Principal

¿Cumplen el tratamiento las mujeres en edad fértil con IVAA positivo que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?

1.3.2 Problemas secundarios

PE 1.- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de las pacientes en edad fértil con IVAA positivo, que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?

PE 2.- ¿Cuáles son los antecedentes Gineco-obstétricos de las mujeres en edad fértil con IVAA positivo que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?

PE3.- ¿Cuál es el porcentaje de mujeres en edad fértil con IVAA positivo que cumplen adecuadamente el tratamiento en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?

PE 4.- ¿Cuáles son los tipos de procedimiento recibido por las mujeres en edad fértil con IVAA positivo en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

¿Determinar el tratamiento de las mujeres con IVAA positivo que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?

1.4.2 Objetivos específicos

OE 1.- Conocer los factores sociodemográficos de las pacientes en edad fértil con IVAA positivo, que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016

OE 2.- Conocer los antecedentes Gineco-obstétricos de las mujeres en edad fértil con IVAA positivo que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016

OE3.- Identificar el porcentaje de las mujeres en edad fértil con IVAA positivo que cumplen el tratamiento en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016

OE 4.- Conocer los procedimientos que recibieron las mujeres en edad fértil con IVAA positivo en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

El presente estudio no presenta Hipótesis, por ser un estudio descriptivo de las variables en estudio, sin intervenir, ni manipular las variables.

1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

UNIVARIADO: Tratamiento de IVAA Positivo.

1.5.3 Operalización de variables

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
UNIVARIADO: TRATAMIENTO DE IVAA POSITIVO	FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad ➤ Lugar de procedencia
	ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menarquia ➤ Primera relación sexual ➤ Edad del primer embarazo ➤ Número de hijos ➤ Número de parejas sexuales ➤ Uso de anticonceptivos ➤ Antecedentes de ITS
	EL TRATAMIENTO DE IVAA POSITIVO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DENTRO DEL MES ➤ DESPUES DEL MES ➤ POSTERGADO
	TIPO DE PROCEDIMIENTO DE IVAA POSITIVO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CRIOTERAPIA ➤ CONO LEEP ➤ OTROS (biopsia, histerectomía, etc)
INCIDENCIA DE IVAA: casos nuevos de IVAA, positivo		

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de investigación

Según tiempo de ocurrencia de hechos y registro de información es de tipo retrospectivo debido a que la recolección de los datos se realizó antes de haberse planificado el estudio. Según periodo y secuencia es de corte transversal; porque el estudio se hace un momento determinado corto en el tiempo siendo la recolección de datos durante el mes de enero- diciembre 2016.

Según el análisis y el alcance de sus resultados son de tipo correlacional porque la investigación pretende darnos una visión general, de tipo aproximativo, respecto a una determinada realidad.

1.6.2 Nivel de investigación

La investigación tendrá un enfoque descriptivo, se busca dar respuesta al tratamiento de la IVAA positivo, diagnosticadas mediante el examen de IVAA en las mujeres que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa, durante el período 2016.

1.6.3 Método

La presente investigación tendrá un La presente investigación tendrá un método observacional de las cuales nos dará unos resultados de acuerdo a las fichas realizadas.

1.6.4 Universo

El universo estuvo constituido por 1156 mujeres que acudieron a realizarse el examen de IVAA en el consultorio de Papanicolaou del Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo 2016.

1.6.5 Población

92 mujeres con resultado de IVAA positivo

- TOTAL DE IVAA TOMADOS EN EL 2016: 1156 exámenes de IVAA
- ✓ ENERO : 3 IVAA
 - ✓ FEBRERO : 8 IVAA
 - ✓ MARZO : 8 IVAA
 - ✓ ABRIL : 9 IVAA
 - ✓ MAYO : 6 IVAA
 - ✓ JUNIO : 25 IVAA
 - ✓ JULIO : 7 IVAA
 - ✓ AGOSTO : 7 IVAA
 - ✓ SETIEMBRE : 5 IVAA
 - ✓ OCTUBRE : 5 IVAA
 - ✓ NOVIEMBRE : 6 IVAA
 - ✓ DICIEMBRE : 3 IVAA

1.6.6 Muestra

El tamaño de la muestra se halló con una fórmula que es aplicable para poblaciones finitas y es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 N p q}{E^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra.

N= Tamaño de la población (202).

p = Probabilidad de éxito 50% (0.50).

q = Probabilidad de fracaso 50% (0.50).

E= Es el margen de error considerado por el investigador y es de 5% (0.05).

Z= Valor de la distribución Normal para un intervalo de confianza del 95% cuyo valor es de (1.96).

Entonces:

$$\begin{aligned}n &= \frac{(1.96)^2 \times (0.5)^2 \times 92}{(0.05)^2 (91) + (1.96)^2 (0.50)^2} \\&= \frac{(3.8416) (0.25) \times 92}{1.1879} \\&= \frac{88.3568}{1.1879} \\&= 74.38 \\&= 74\end{aligned}$$

1.6.7 Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes que se encuentran en el rango de edad fértil (15-49 años)
- ✓ Pacientes con diagnóstico de IVAA positivo.

1.6.8 Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes que no se encuentran en el rango de edad fértil.
- ✓ Pacientes que salieron con IVAA negativo.

1.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.7.1 Técnicas

Antes de iniciado con la recolección de datos se solicitó los permisos correspondientes a la dirección del Hospital Regional de Pucallpa y al servicio de ginecoobstetricia. Los datos fueron recolectados de la base de datos del consultorio de Papanicolaou del año 2016. Una vez obtenida la información se digito en una base de datos en Microsoft Excel.

1.7.2 Instrumentos

Para esta investigación el instrumento de recolección de datos es a través del análisis documental, la cual se realizó la revisión de historias clínicas de la base de datos del servicio de Papanicolaou.

1.8 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Desde el punto de vista logístico la inspección visual del cérvix con la aplicación de ácido acético ofrece una serie de ventajas por sobre la prueba de Papanicolaou como prueba de detección del cáncer de cuello uterino. Los costos asociados a su lanzamiento y mantenimiento como parte de una estrategia para prevenir el cáncer de cuello uterino son bajos, por lo que es posible llevar a cabo este tipo de estrategias en entornos de bajos recursos. La técnica para realizar esta prueba es simple y fácil de aprender, y requiere de poca infraestructura para ser implementada. Así mismo los resultados de la prueba son inmediatos por lo que es posible ofrecer o planificar el tratamiento a seguir ante la sospecha de una lesión precancerosas durante la misma visita.

Todo ello hace que la inspección visual con ácido acético sea una alternativa Potencialmente ideal como estrategia de primera línea para la prevención del Cáncer de cuello uterino aún en países con bajos recursos como el PERU. Por lo que sería muy importante determinar, en nuestra realidad, cuáles son las diferencias en términos de certeza diagnóstica entre el uso de la citología vaginal y la inspección visual con ácido acético para la detección paciente con cáncer de cuello uterino, motivo por el cual

planteamos la presente tesis. A partir de esta clase de datos, se desarrollaran las políticas de salud pública que favorezcan a las mujeres a mantener salud y aquellas que hayan enfermado reciban tratamientos adecuados, para planificar servicios sanitarios o para estimar necesidades asistenciales. También será útil para medir la frecuencia de determinadas características de la población femenina.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Ana M. del Valle, República Argentina 2009 tesis:” Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en la detección precoz del cáncer de cuello uterino estudio comparativo” **Objetivo:** Evaluar la exactitud de la IVAA y la VILI como técnicas de screening primaria, sensibilidad, especificidad y su impacto como método de tamizaje en los programas de detección precoz del cáncer de cuello de útero y lesiones precursoras. **Materiales y Métodos:** se requeriría tomar una muestra representativa de 1.305 a 4.319 mujeres, dependiendo del nivel de confianza deseado para el estudio. **Conclusiones:** Los resultados del presente estudio, indican que la IVAA es una prueba fácilmente reproducible con capacitación adecuada al personal médico no especializado y/o paramédico, ya que podría ser utilizada en las siguientes situaciones: - En zonas de escasos recursos, en donde sea dificultoso la realización de Papanicolaou, como primer tamizaje para reevaluación de un programa de screening. - En lugares de medianos recursos, como

complemento para mejorar la sensibilidad de la citología cervicouterina, y disminuir así su elevada tasa de falsos negativos, además, permitiría reducir al mínimo el número de visitas que la mujer tenga que hacer al centro de Salud. De esta manera la IVAA podría disminuir la morbimortalidad en lugares con alta incidencia de Cáncer Cervicouterino e incluso en zonas donde los servicio de citología están presente, la IVAA podría ayudar al tamizaje rápido de los cuellos enfermos. Además, al tener disponibilidad del resultado en forma inmediata, menos mujeres con sospecha de patología abandonarían el seguimiento y se aseguraría así su correcto manejo Así, Papanicolaou, que presentó sus experiencias en 1943, con lo cual mejoró la detección del Cáncer de Cuello de Útero y sus precursores, disminuyó la mortalidad por esta causa pero con una baja sensibilidad para las lesiones precursoras, todavía espera que se extienda a todos los sitios de la tierra, no sólo por lo que significa el diagnóstico oportuno de esta enfermedad, sino porque se ahorrarían muchos gastos al no tener que invertir en el tratamiento del Cáncer avanzado. Por último, de acuerdo a esta investigación, se comprobó que la IVAA sería un método de pesquisa de alta sensibilidad y muy bajo costo, por lo cual debe ser considerada como alternativa, ya sea sola o como complemento de la Citología Exfoliativa para fortalecer la detección de patología neoplásica y pre neoplásica de Cuello Uterino³

César Arturo López Castillo, LIMA – PERÚ (2010), tesis: Inspección visual con ácido acético versus citología cervical en el despistaje de cáncer de cuello uterino, Policlínico Chincha-EsSalud, **Objetivo:** Determinar si la inspección visual con ácido acético (IVAA) tiene una mayor certeza diagnóstica que la citología vaginal para el despistaje de cáncer de cuello uterino **Material y métodos:** Estudio trasversal en que se revisaron todas las historias clínicas de las pacientes con sospecha de cáncer de cuello uterino que fueron evaluadas por citología e IVAA en el Policlínico Chincha – Es Salud, durante el periodo enero-diciembre 2009 a fin de evaluar su certeza diagnóstica comparadas con los resultados obtenidas por biopsia.

Resultados: Se revisaron un total de 405 casos, con una edad promedio 41 ± 10 años de edad, la mayoría mujeres casadas o convivientes (80%), fueron evaluados. De ellas el 17% eran primíparas, el 14% grandes multíparas, el 4% tuvieron al menos un parto prematuro, el 23% al menos un aborto, y el 13% no tenían hijos vivos. El 25% de los casos estudiados resultaron biopsia positivos, el 31% citología vaginal positiva y el 28% inspección visual con ácido acético positivos. Luego de analizar los niveles de asociación se encontró que la asociación inspección visual con ácido acético-Biopsia ($\tau\text{-b} = 0.7366$; OR, 60.8; IC95%, 30.6 – 120.6) era mucho más fuerte que la asociación citología vaginal/Biopsia ($\tau\text{-b} = 0.5263$; OR, 13.5; IC95%, 7.9 – 23.1), encontrándose que la inspección visual con ácido acético (S, 86%, E, 91%; CC, 90%; LRP, 9.4; LRN, 0.2; ROCa, 88% [IC95%, 85 - 82]) tenía una certeza diagnóstica significativamente mayor ($p = 0.0002$) que la citología vaginal (S, 74%, E, 83%; CC, 81%; LRP, 4.2; LRN, 0.3; ROCa, 78% [IC95%, 74 - 83]).⁴

JOSÉ G. Negrín, Salgueiro Medina V., et al (Puerto Esperanza 2008), En el estudio titulado: "Incremento de la detección de lesiones cervicales mediante inspección visual. Puerto Esperanza 2008" **Objetivo:** demostrar el incremento de la detección de lesiones cervicales pre malignas y malignas mediante el uso de pruebas visuales en la APS. Método: estudio de casos-contróles en Puerto Esperanza, Viñales, 2008. Universo: Mujeres de 15-64 años con relaciones sexuales penetrantes. **Muestra:** Mujeres con pruebas visuales y citología alterada ($n_1 = 18$ casos) o no ($n_2 = 178$ controles). En Patología de Cuello se les practicó colposcopia y biopsia dirigida o por conización con asa diatérmica. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas porcentuales y la probabilidad de detectar lesiones por las pruebas aisladas o en conjunto, además de las 18 pruebas de rendimiento diagnóstico. **Resultados:** IV M resultaron positivas en 92.9% y 79.6%, respectivamente. La probabilidad conjunta de tener lesiones fue 0.7395. Con citología alterada el 88.9% tenía IVM más y 77,9% tuvo IVSL más. La

colposcopia resultó positiva en el 70.9% y la probabilidad de tener una lesión mediante pruebas visuales y la colposcopia fue 0.516. De las 136 mujeres biopsias resultaron útiles el 99.3%, de las cuales casi el 50 % tuvo lesiones pre malignas. Las pruebas de rendimiento fueron superiores para la IV M y la IVSL que para la citología. No se detectó cáncer invasor, pero sí carcinomas in situ. Conclusión: las pruebas visuales aumentaron la cantidad de diagnósticos en 4 veces y debe generalizarse su uso⁵

JOSÉ GUILLERMO SANABRIA Y COLS. (Cuba 2014) en el estudio titulado: "Impacto de la inspección visual con ácido acético para detectar lesiones cervicales en Pinar del Río" **Objetivo:** Evaluar el rendimiento de la IVAA en la Atención Primaria de Salud en Pinar del Río (2004-2012). **Método:** Observacional, retrospectivo y transversal del universo de 12 525 mujeres (25-64 años) que acuden a la consulta provincial de patología cervicouterina. Se calculó la asociación entre edad y pruebas de rendimiento mediante correlación lineal y concordancia mediante el coeficiente Kappa de Cohen al 95%. **Resultados:** 7758 mujeres tenían histología desde neoplasia intraepitelial cervical 1 hasta cáncer (60%). La citología mostró sensibilidad (53,6%) y especificidad (63,9%), con eficacia total del 57,7% sin variaciones etarias, mientras en la IVAA sensibilidad (99,8%) y especificidad (6,5%) con eficacia total del 69,8 %, sin variaciones etarias. La IV AA permitió detectar 772 lesiones cervicales más (243 de alto grado), 23 carcinomas escamosos invasores y un adenocarcinoma endocervical. Las mujeres con citología e IVAA negativas proporcionaron menos frecuencia de lesiones de alto grado y cáncer. Conclusiones: La IV AA es un poderoso método que se puede adjuntar al programa de detección precoz del cáncer cervicouterino para aumentar la eficacia del mismo.⁶

ANTECEDENTES NACIONALES

VEGA GARAY, Yesenia, AYACUCHO- PERÚ 2015, tesis, "Efectividad de la crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres atendidas en el centro de salud de san juan bautista. 2012- 2014" **Objetivo:** Conocer la efectividad de la Crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Juan Bautista, entre 2012 a 2014. **Materiales y Método:** No experimental, descriptivo-correlacional, de corte transversal, retrospectivo. **Conclusiones:** La Crioterapia como tratamiento de lesiones acetoblancas por Inspección Visual con Ácido Acético (IV AA) tuvo una efectividad del 84.5% al realizar el control un año después del diagnóstico. 2. La prevalencia de lesiones acetoblancas por Inspección Visual con Ácido Acético (IV AA) durante el año 2013 fue de 14%, durante el 2014 de 13,5% y en el año 2012 de 9,9%. 3. Las mujeres con lesiones acetoblancas por Inspección Visual con Ácido Acético (IV AA) atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista fueron adultas 93.1% (54), multíparas 79,3% (46), con grado de instrucción secundaria 62,1% (36), usaron métodos anticonceptivos hormonales 50% (29), e iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 a 17 años 72,4% y tuvieron dos parejas sexuales 60,3% (35). 4. La edad no condiciona la respuesta hacia el tratamiento de lesiones acetoblancas con crioterapia dado a que responde positiva y negativamente tanto en adultas y en jóvenes. 5. El tratamiento con Crioterapia de lesiones acetoblancas no responde significativamente en; mujeres multíparas ($p < 0.04$)⁷

Manuel Jesús Rosado Flores, Lima Perú (2015), tesis: "efectividad de la Detección de Lesiones Neoplásicas de cuello uterino por Citología e Inspección Visual con Ácido Acético centro médico oncomujer 2013 – 2014, **Objetivo:** determinar cuál es la relación entre la detección de lesiones neoplásicas del cuello uterino por las pruebas de despistaje de Papanicolaou (PAP) e Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y los Diagnósticos anatomopatológico de Biopsia en las pacientes del centro médico Oncomujer

atendidas para despistaje en los años 2013 y 2014, identificando principalmente la especificidad, sensibilidad y valores predictivos positivos y negativos de estas dos pruebas . **Métodos:** El presente estudio es de diseño observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. Se evaluó a la población de pacientes femeninas, atendidas para despistaje de cáncer de Cuello uterino con IVAA y PAP, en los años 2013 al 2014, en el Centro Medico Onco Mujer. Se indicó biopsia a las pacientes que presentaban una o ambas pruebas positivas y se realizó en análisis de los datos mediante el programa SPSS y Excel. **Resultados:** Durante los años 2013 y 2014 en el centro médico Oncomujer se evaluaron con PAP e IVAA a 1108 pacientes con una edad media de 41.66 años y rango entre 20 y 60 años, el 81.8% fueron de la costa, 10.1 % de la sierra y 8.1% dela selva; el 57% fueron casadas o convivientes y la paridad media fue de 2.31 con un rango entre 0 y 5 hijos. De estas pacientes 323 presentaron una o ambas pruebas positivas, de ellas solo se pudieron realizar biopsia en 229 del total de ellas 160 fueron positivas y 69 negativas, las pacientes biopsiadas que presentaron IVAA positivo fueron 224 de las cuales 159(70.98%) tuvieron biopsia positiva y 65 fueron negativas, lo que nos da una sensibilidad de 99%, una especificidad de 5.8%, Valor Predictivo Positivo (VPP) 2 71% y Valor Predictivo Negativo (VPN) 30.1%. Las pacientes biopsiadas con PAP positivo fueron 57 de las cuales 49(85.96%) fueron positivas y 8 fueron negativas, mostrando una sensibilidad de 31% y una especificidad de 88% con un VPP de 86% y VPN de 35%. Las pacientes que presentaron ambas pruebas positivas (PAP e IVAA) fueron 50 de las cuales 46(92%) fueron positivas. Por ultimo las pacientes que presentaron PAP positivo con IVAA negativa fueron 5 de las cuales solo 1(20%) fue positiva. **Conclusiones:** Debido a la alta tasa de falsos positivos del IVAA, las ventajas que representan su uso, en teoría, en poblaciones alejadas y de bajos recursos como son el resultado inmediato y la posibilidad de tratamiento inmediato, se diluyen frente al riesgo de sobre tratamiento.⁸

Jeronimo et al, estudio realizado en nuestro país por los médicos de la Unidad de **Detección y Diagnóstico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas** (INEN) en 2010, mujeres de Lima Metropolitana, teniendo como objetivo evaluar si la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) de utilidad como prueba de despistaje en un centro adecuadamente equipado y si se presta para su uso en lugar del Papanicolaou o en combinación con este y si tiene alguna utilidad en localidades donde no hay escasez de recursos, este estudio fue prospectivo y utilizando Papanicolaou e Inspección visual con ácido acético como métodos de despistaje se concluyó que la IVAA es útil para mejorar la sensibilidad del despistaje no solo en sitios alejados y de pocos recursos sino también en centros modernos y bien equipados. En lugares donde los recursos escasean, el IVAA tiene un valor pronóstico semejante al del PAP pero es más probable que termine en el diagnóstico precoz, seguimiento y tratamiento de la paciente que el tamizaje con PAP⁹

Winkler et al, paralelamente al proyecto TATI diseñaron un estudio para “Efectividad del IVAA” **Objetivo:** determinar si es posible mejorar la detección de lesiones cervicouterinos con la inspección visual con ácido acético magnificada (IVAAM) en comparación con la inspección visual con ácido acético (IVAA) la región amplificada, cuando ambas las realiza médicos generales. Las mujeres de San Martín, Perú, con diagnóstico positivo mediante IVAA realizado por una obstetrix (enfermera 13 graduada con seis años de entrenamiento universitarios) se dividieron al azar en dos grupos para el diagnóstico confirmatorio realizado por médicos generales mediante IVAA o IVAAM, este último con un AviScope, un dispositivo manual con lente monocular que amplifica 4 veces la imagen y fuente luz verde. Como método estándar de referencia para definir la presencia o ausencia de neoplasia cervicouterino se emplearon la colposcopia y la biopsia dirigida, según el caso. **Materiales y Método:** En el estudio participaron 358 mujeres, de las cuales 161 pasaron la confirmación por IVAAM y 159 por IVAA. **Resultados:** La sensibilidad para las lesiones de bajo y alto grados fue del

68% con IVAA y de 77% con IVAAM, mientras la especificidad fue de 62% por IVAA y de 63% por IVAAM; estas diferencias no tuvieron significación estadística. Se demostró que la IVAAM no presentó ventajas significativas sobre la IVAA en los casos en que se requiere y está disponible la confirmación de las lesiones del cérvix uterino por un médico general.¹⁰

2.1.2 BASES TEÓRICAS

➤ **Antecedentes ginecológicos**

Son todas las circunstancias personales y clínicas que precede aun estado real, lo cual determina, influye o se relaciona con algún grado de circunstancias.

Entre los antecedentes que juegan un papel importante en el incremento de las enfermedades de transmisión sexual encontramos:

➤ **Inicio temprano de relaciones sexuales**

Condiciona e Implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por ellos. Se ha demostrado que durante la adolescencia los tejidos cervico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo relacionando a esto es de mayor riesgo. Este riesgo se desencadenaría si se tiene relaciones sexuales antes de los 17 años. Es 2.4% mayor que cuando se inicia después de los 21 años.

➤ **Número de parejas sexuales**

El número de parejas sexuales es un riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan la exposición de virus.

➤ **Uso de métodos anticonceptivos**

El uso de píldoras anticonceptivas por periodos largos aumenta el riesgo de cáncer al cuello uterino, el riesgo aumenta cuando se toma por más tiempo y este disminuye cuando se suspende el uso de las mismas.

➤ **Antecedentes de una ITS**

Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con las enfermedades de transmisión sexual; así como, la infección por el virus del VIH condición y favorece el inicio de una lesión pre cancerígenas.

➤ **Multiparidad**

Las mujeres que han tenido más de un embarazo son más sensibles a tener una tendencia lineal de riesgo de neoplasia cervical. Las mujeres que han tenido más de 12 gestaciones tienen más de cinco veces la posibilidad de tener un tumor maligno debido a la inmunodepresión del embarazo o su influjo hormonal son los que condicionan que el virus del papiloma humano desarrolle la enfermedad neoplásica.

➤ **Edad del primer parto**

Un investigador llamado Bosch demostró como la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino. Para el Ministerio de Salud el embarazo temprano o precoz es cuando la mujer tiene su primer parto antes de los 20 años, Optima o adecuada, es de 20 a 35 años, edad mayor cuando el primer hijo es después de los 35 años.

➤ **Píldoras anticonceptivas**

El uso de píldoras anticonceptivas por periodos largos aumenta el riesgo de cáncer al cuello uterino, el riesgo aumenta cuando se toma por más tiempo y este disminuye cuando se suspende el uso de las mismas.¹⁵

➤ **Incidencia**

Dentro del ámbito de la medicina, se habla de la incidencia los casos nuevos, para nombrar al índice de individuos que padecen una cierta enfermedad dentro del total de un grupo de personas en estudio. Se trata, por lo tanto, de una noción de uso frecuente en la epidemiología (la disciplina especializada en el origen y el desarrollo de las epidemias)

De acuerdo a la cantidad de personas que sufren un trastorno de la salud dentro de un determinado grupo, puede estimarse la prevalencia en cuestión. Dicha prevalencia es una proporción: revela cuantos individuos de un total están enfermos. Es posible diferenciar entre la prevalencia de periodo (que revela proporción de enfermos en un momento incierto) y la prevalencia puntual (referida a un momento específico) y nuestro trabajo es de característica puntual ¹²

➤ **Lesiones precancerosas del cuello uterino**

Las mujeres con lesiones precancerosas que reciben tratamiento tienen una alta tasa de supervivencia. El área afectada del cuello uterino puede congelarse con una sonda fría (crioterapia) o retirarse con un asa caliente como bisturí (procedimiento de escisión electroquirúrgica por asa o LEEP). Ambos procedimientos son ambulatorios y pueden usarse en países en vías de desarrollo, pero el LEEP es bastante costoso y requiere más capacitación que la crioterapia. Si la crioterapia se restringe a lesiones pequeñas (es decir, de aproximadamente 20 mm o menos), y toda la lesión es visible (no se extiende hacia dentro del canal cervical), la eficacia del tratamiento es del 85% al 95%. Tanto la crioterapia como el LEEP son menos radicales que el tratamiento estándar anterior, la biopsia en cono en frío con bisturí. Si bien ya no es el tratamiento estándar, la biopsia en cono todavía puede utilizarse para lesiones precancerosas que no pueden tratarse de otra forma o cuando se sospecha la presencia de cáncer (carcinoma escamoso o adenocarcinoma).

➤ **Programas “detectar y tratar”**

En países en vías de desarrollo, se está utilizando un método prometedor llamado “detectar y tratar”. Las mujeres con resultado positivo en las pruebas de IVAA o de ADN del VPH no son sometidas a otras pruebas de diagnóstico; en cambio, reciben tratamiento inmediatamente, o poco tiempo después de la detección con crioterapia. Esta propuesta de detectar y tratar es especialmente interesante para los lugares en que el transporte, el tiempo y otras cuestiones de acceso dificultan las visitas de seguimiento. El beneficio principal es que es menos probable que las pacientes abandonen el tratamiento. Los programas de detectar y tratar se han evaluado en Ghana, Sudáfrica y Tailandia con buenos resultados. Los datos indican que la IVAA y la crioterapia realizadas en una o dos visitas clínicas, sin un paso intermedio diagnóstico con colposcopia y biopsia, son unas de las alternativas más rentables a la estrategia convencional de visitas múltiples.

Nuevos paradigmas de detección en la era de la vacunación contra el VPH el éxito de la IVAA, las pruebas de ADN del VPH y la crioterapia en entornos de estudios de campo da indicios de nuevas posibilidades para el control del cáncer de cuello uterino en lugares donde los programas de citología no son viables o sustentables. Los enfoques de una sola visita con la IVAA como método de detección pueden ofrecerse en la actualidad. Además, las propuestas de detectar y tratar mediante pruebas de ADN del VPH para detección primaria y la IVAA para la selección pueden ser posibles en el futuro cercano en muchos entornos de recursos bajos a medios.

Una vez que la vacunación contra el VPH se convierta en un procedimiento rutinario, y se extienda el uso de pruebas más sensibles que la prueba de Pap o la IVAA, probablemente se modifiquen las estrategias de detección utilizadas en la actualidad (tales como las pruebas de Pap repetidas cada uno a tres años, como en los Estados Unidos; o cada tres a cinco años, como en otros países). Un escenario propuesto es vacunar antes de comenzar la actividad sexual y luego realizar las pruebas de detección unas

pocas veces entre las edades de 30 y 49 años usando pruebas de ADN del VPH (u otras pruebas moleculares futuras que puedan dar una mejor indicación sobre qué mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar una lesión precancerosa). Esta estrategia sería factible en entornos de bajos recursos y ahorraría costos considerables en países más ricos.

Otra preocupación para el futuro es qué sucederá cuando la generación actual de niñas recién vacunadas alcance la edad para la realización de pruebas de detección. Las vacunas protegen contra los dos tipos del VPH que causan el 70% de los casos de cáncer de cuello uterino, pero no contra los tipos que causan el 30% restante. Algunos epidemiólogos han expresado su preocupación con respecto a la posibilidad de que las vacunas disminuyan la calidad de los programas de detección basados en el uso de la prueba de Papanicolaou. Según este razonamiento, a medida que las lesiones de cuello uterino se vuelvan menos prevalentes, los técnicos perderán la habilidad de interpretar muestras, por lo que disminuirá la precisión de las detecciones con la prueba de Papanicolaou. En este sentido, los resultados claros y objetivos de las nuevas pruebas con ADN del VPH u otras pruebas moleculares serán ventajosos. En forma más general, los principios de detección de salud pública ayudarán a determinar cómo deberían distribuirse los recursos en las próximas décadas teniendo en cuenta factores tales como la cobertura de la vacuna y la prevalencia del cáncer de cuello uterino.¹³

➤ **Cáncer De Cuello Uterino (CACU)**

El cáncer de cuello uterino se origina en las células que revisten el cuello del útero. El cuello del útero es la parte inferior del útero (la matriz). Algunas veces se le llama *cérvix uterino*. El cuerpo del útero (parte superior) es el lugar donde se desarrolla un el feto. El cuello uterino conecta el cuerpo del útero con la vagina (el canal por donde nace el bebé). La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocérvix. La parte

próxima a la vagina, es el exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix). El punto en el que estos tipos de células se encuentran se llama *zona de transformación*. La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que envejece y al dar a luz. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se origina en las células de la zona de transformación.

Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino se transforman gradualmente en cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Los doctores usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical (cervical intraepithelial neoplasia, CIN), lesión intraepitelial escamosa (squamous intraepithelial lesión, SIL) y displasia. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de los cánceres de cuello uterino y los pre cánceres se clasifican de acuerdo con el aspecto que presentan bajo el microscopio. Existen dos tipos principales de cáncer de cuello uterino: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. Aproximadamente un 80% a 90% de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas. Estos cánceres se originan de células en el exocérvix y las células cancerosas tienen características de las células escamosas cuando se observan con un microscopio.

La mayoría de los tipos de cáncer de cuello uterino (cervicales) restantes son adenocarcinomas. Los adenocarcinomas son cánceres que se originan de células glandulares. El adenocarcinoma cervical se origina en las células de las glándulas productoras de mucosidad del endocérvix. Los adenocarcinomas cervicales parecen haberse hecho más comunes en los últimos 20 a 30 años.

Con menor frecuencia, el cáncer de cuello uterino tiene características tanto de los carcinomas de células escamosas como de los adenocarcinomas. Estos tumores se llaman carcinomas adenoescamosos o carcinomas mixtos.

➤ **Fisiopatología del cáncer de cuello uterino**

El conocimiento preciso de la anatomía del cuello uterino es esencial para la práctica de cualquier prueba de despistaje, puesto que permite la evaluación del lugar más adecuado para la detección temprana (prevención secundaria) de lesiones pre-cancerosas del cérvix. El acceso relativamente fácil del cuello uterino ha permitido una comprensión adecuada de la carcinogénesis cervical y la implementación de pruebas de tamizaje para la detección y valoración de lesiones precancerosas.

➤ **Anatomía**

El útero tiene 3 regiones anatómicas y funcionales bien definidas. El cuerpo, el istmo o segmento uterino inferior y el cuello uterino o cérvix.

El cuello uterino es de forma cilíndrica ligeramente ensanchado en su parte media y mide 3 a 4 cm. De largo por 2.5 a 3.5 cm de diámetro; sin embargo, estas dimensiones pueden variar según la edad y la paridad.

La inserción vaginal efectuada a su alrededor en un plano oblicuo divide al cérvix en tres porciones:

- ✓ **Superior:** extravaginal o supravaginal de 1.5 a 2 cm de longitud y esta en relación con la vejiga.
- ✓ **Intermedia:** que es la zona donde se inserta la vagina y donde se unen las fibras musculares.
- ✓ **Inferior o intravaginal:** llamado “hocico de tenca” de 1 a 2 cm de largo y es la que aparece en el examen vaginal con el espejo como un cilindro redondeado o cono de vértice truncado, donde podemos apreciar el orificio

externo que es la salida del conducto uterino, puntiforme en la mujer nulípara o menopaúsica y transversal en la mujer que ha tenido hijos.

El conducto cervical que se encuentra internamente en el cérvix es fusiforme y se comunica con el cuerpo del útero a través del orificio interno (OI) y con la vagina a través del orificio externo (OE).

Las glándulas ubicadas en el conducto cervical producen un contenido mucoso conocido como moco cervical que puede fluir por el orificio externo.

El exocervix o ectocèrvix es la porción exterior del cuello uterino que se visualiza fácilmente con el espejulo y que puede contener tanto epitelio escamoso como glandular (este último llamado ectropión); y el endocervix cuyo inicio se aprecia como una zona roja más intensa de apariencia glandular y se introduce en el conducto cervical.

La vascularización del cuello uterino proviene de la rama descendente de la arteria uterina que a su vez se origina en la arteria hipogástrica. Las ramas cervicales ingresan al estroma del cuello uterino por los radios 3 y 9. Las venas son paralelas a las arterias y desembocan en el plexo venoso hipogástrico.

El drenaje linfático del cérvix se realiza en forma regional a los ganglios parametriales y pélvicos en sus diversos grupos. Las terminaciones nerviosas del exocervix son escasas, lo cual permite procedimientos menores, como biopsias o crioterapia, sin el uso de anestesia, aunque a veces pueden ser dolorosas para la paciente. La inervación simpática y parasimpática del exocervix es predominante por lo que la estimulación de ella por algún tipo de procedimiento puede desencadenar una reacción vaso vagal.

➤ HISTOLOGIA

El cuello uterino y la vagina se derivan de los primitivos conductos de Müller y al inicio están recubiertos por una capa de epitelio cilíndrico columnar. Entre las semanas 18 y 20 del desarrollo fetal el epitelio columnar de la vagina se recubre de un epitelio escamoso estratificado proveniente del endodermo cloacal dando origen así a los epitelios del endocèrvix respectivamente y el límite entre ambos llamado unión escamo columnar (UEC).

Así, el exocèrvix está recubierto por un epitelio escamoso estratificado no queratinizante con alto contenido de glucógeno. Su color es rosado pálido al examen visual, y es muy semejante al epitelio que recubre la vagina. En un corte histológico desde la profundidad a la superficie del epitelio exocervical, se reconocen los siguientes estratos:

- a. **Basal:** con células cuboides, de citoplasma basófilo que reposan sobre la membrana basal y dan origen al resto de estratos.
- b. **Parabasal:** que comprende 2 ò 3 capas celulares con núcleos vesiculosos y abundante citoplasma.
- c. **Intermedio:** con células redondas o poligonales, abundante citoplasma claro y núcleos redondo.
- d. **Superficial:** con células claras y núcleos picnóticos.

En endocèrvix tiene un epitelio cilíndrico, columnar y mucíparo con dos tipos celulares:

- a. **Células cilíndricas: Productoras de mucus.**
- b. **Células basales o de reserva:** Elementos indiferenciados de distribución discontinua y pluripotenciales, es decir que frente a determinados estímulos pueden diferenciarse hacia células cilíndricas o pavimentosas siendo uno de los orígenes del proceso fisiológico de metaplasia escamosa.

La versión de este tipo de epitelio se denomina ectropión cuyo tamaño es variable en las mujeres y se visualiza como un epitelio intensamente rojizo (mal llamado “herida”). Puede dar la impresión de un úlcera pero no es más que el epitelio endocervical evertido.

La UEC que se muestra como una línea continua y que representa, como ya dijimos el límite entre los epitelios del exocérnix y endocérnix, tiene una ubicación variable según la edad, embarazo y traumatismo post parto.

➤ **Zona de transformación.**

El inicio de los ciclos hormonales es un periodo que se caracteriza por el incremento súbito de estrógenos induciendo el establecimiento de lactobacilos como flora vaginal normal. Estos microorganismos producen ácido láctico lo cual disminuye el pH vaginal a menos de las agresiones que sufre el cérnix con la menarquia por el cambio del pH y luego por la vida sexual, es bien tolerado por el epitelio poli estratificado del exocérnix; sin embargo, el endocérnix que es un epitelio de monocapa, muy frágil, expresa su mecanismo de defensa llamado Metaplasia Escamosa, que consiste simplemente en el cambio del epitelio original por epitelio escamoso del exocérnix que es, como ya dijimos, más resistente. Esto es posible gracias a las células de reserva que se diferencian hacia un epitelio escamoso estratificado no queratinizante, y es un proceso que se inicia en la unión escamo columnar y se continua en forma cefálica el endocérnix.

La zona de Transformación (ZT) es aquella región del epitelio endocervical que ha sido reemplazada por epitelio escamoso (epitelio metaplásico) y está comprendida entre la antigua y nueva UEC, siendo una zona de alto riesgo donde debemos buscar minuciosamente la presencia de lesiones precancerosas. Debemos mencionar que el proceso fisiológico de la metaplasia escamosa no está finalizado en el momento del examen y que existe una metaplasia en curso hacia hacia adentro de la nueva UEC pudiendo comprender hacia el tercio inferior del canal endocervical, lo que

hace que este epitelio susceptible de cambio displásicos. El proceso metaplasico que se inicia con la proliferación de las células de reserva inicialmente forma un epitelio delgado multicelular que recibe el nombre de metaplasia inmadura y que no produce glucógeno; puede presentarse en forma multifocal y evolucionar hacia una metaplasia madura bajo la forma de un epitelio semejante al exocervical, o hacia una displasia por el efecto carcinógeno de la infección por el virus del papiloma humano (VPH).¹¹

➤ **Pruebas de detección y diagnóstico**

✓ **Inspección visual con ácido acético**

La inspección visual con ácido acético (IVAA) puede ser una alternativa a la citología o puede usarse con la detección mediante la prueba de Pap o ADN del VPH. La IVAA se realiza mediante un lavado del cuello uterino con entre 3% y 5% de ácido acético (vinagre) durante un minuto. Luego se observa directamente el cuello uterino, sin ningún tipo de aparato. Si se observan las características áreas blancas bien definidas cerca de la zona de transformación, se considera que la prueba es positiva para cambios celulares precancerosos o cáncer invasivo en su estadio temprano. La IVAA no requiere un laboratorio ni capacitación intensiva para el personal. Además, los resultados están disponibles inmediatamente, permite el tratamiento en una sola visita, reduciendo así la cantidad de pacientes que no asisten a las visitas de seguimiento. La sensibilidad de la IVAA es similar, o incluso mejor, a la prueba de PAP. Sin embargo, al igual que la prueba de PAP, la inspección visual es subjetiva, y es necesaria una supervisión para controlar la calidad de los métodos de inspección visual. La IVAA no funciona tan bien en las mujeres postmenopáusicas porque la zona de transformación se retira hacia dentro del canal cervical durante la menopausia y esto no permite que se pueda detectar con la IVAA

Una ventaja adicional de la IVAA, que no la ofrece la prueba de PAP ni las pruebas de ADN del VPH, es que permite a los proveedores identificar la pequeña parte de lesiones positivas que no son adecuadas para tratamiento con crioterapia, una forma de tratamiento que puede utilizarse para entornos de recursos limitados. Esto implica que sin importar si la detección primaria que se realiza mediante la prueba de PAP, la IVAA o la prueba de VPH la decisión de tratar o no con crioterapia puede tomarse sólo con la IVAA (al menos que haya un colposcopio disponible). Por lo tanto, la IVAA puede usarse como prueba de detección primaria o para la selección del tratamiento después de una prueba de PAP o una prueba de VPH inicial. La inspección visual con yodo Lugol (VILI, por sus siglas en inglés) es similar a la IVAA. Sin embargo, los datos sobre la sensibilidad y especificidad de la VILI todavía son limitados.

✓ **Principio fisiopatológico de la IVAA**

Se cree que el ácido acético al 5% causa una coagulación o una precipitación reversible de las proteínas celulares. Causa también hinchazón del tejido epitelial, en particular del epitelio cilíndrico y de cualquier zona del epitelio escamoso. Igualmente, causa deshidratación de las células y ayuda a coagular y despejar el moco en el cérvix. El epitelio escamoso normal es rosado y el epitelio cilíndrico es rojo, debido a la reflexión de la luz del estroma subyacente muy vascularizado. Si el epitelio contiene muchas proteínas celulares, el ácido acético coagula estas proteínas que puedan opacar el color del estroma. Esta reacción acetoblanca produce un efecto perceptible que contrasta con el color rosado del epitelio escamoso normal circundante, un efecto que comúnmente se distingue a simple vista. El efecto del ácido acético depende de la cantidad de proteínas celulares presentes en el epitelio. Las zonas en las cuales se observa una actividad nuclear intensa y un contenido en ADN elevado muestran los cambios más intensos de color blanco.

Cuando se aplica ácido acético al epitelio escamoso normal, ocurre poca coagulación en la capa de células superficiales, donde los núcleos son escasos. Aunque las células más profundas contienen más proteínas nucleares, el ácido acético no penetra lo suficiente y, en consecuencia, la precipitación resultante no logra opacar el color del estroma subyacente. Las NIC y los cánceres invasores experimentan una coagulación máxima debido a su mayor contenido de proteínas nucleares (en vista del número elevado de células indiferenciadas contenidas en el epitelio) e impiden el paso de la luz a través del epitelio. Como resultado, el patrón vascular subepitelial queda oculto y el epitelio toma un color blanco denso. En caso de una NIC, la reacción acetoblanca se limita a la zona de transformación cerca de la unión escamoso cilíndrico, mientras que en caso de un cáncer, esta reacción afecta a menudo el cuello uterino entero.

La apariencia acetoblanca no es exclusiva de la NIC y del cáncer en estadios iniciales. También se observa en otras patologías en las cuales hay más proteínas nucleares, por ejemplo, en la metaplasia escamosa inmadura, en el epitelio que está en regeneración y cicatrización (asociado con inflamación), la leucoplasia (hiperqueratosis) y el condiloma. Mientras que el epitelio acetoblanco asociado con la NIC y el cáncer invasor temprano es más denso, grueso y opaco, con bordes bien delimitados con respecto al epitelio normal circundante, el epitelio acetoblanco asociado con una metaplasia inmadura, una inflamación o una regeneración es menos blanco, más delgado, a menudo translúcido y con una distribución difusa, sin bordes bien definidos. El acetoblanco debido a una inflamación o una cicatrización por lo común se distribuye de manera amplia en el cuello uterino, no se limita a la zona de transformación y desaparece rápidamente (menos de un minuto). Con el ácido acético, la leucoplasia y el condiloma se manifiestan con la aparición de una zona blanca grisácea intensa. Los cambios acetoblanco asociados con las lesiones de NIC y cáncer invasor preclínico en estadios iniciales desaparecen mucho más lentamente

que en la metaplasia escamosa inmadura y la inflamación. Aparecen rápidamente y pueden durar 3-5 minutos en las lesiones de NIC 2-3 y cáncer invasor.

➤ **Equipos y materiales para la toma del iavaa**

a. Equipo

1. Camilla (no necesariamente ginecológica)
2. Fuente de Luz (100 watts)
3. Especulo
4. Bandeja de Instrumentos

b. Materiales

1. Algodón o gasa
2. Guantes descartables (un par nuevo para cada paciente) o estériles
3. Paletas de madera
4. Solución acético al 3-5%
5. Solución de cloruro de sodio al 0.5% para descontaminar equipo y guantes VI. Hoja de registro

Tome una breve historia de salud reproductiva

1. Historia menstrual.
2. Patrón de Sangrado (postcoito o irregular).
3. Paridad.
4. Edad de primera relación sexual.
5. Uso de métodos anticonceptivos.
6. Historia de enfermedades de Transmisión sexual.
7. Tabaquismo.
8. Estado de VIH/SIDA.
9. Papanicolaou previo anormal.

➤ **Procedimiento de inspección visual al realizar la ivaa**

Se aplica una solución de ácido acético al cérvix. Esta solución permite al examinador observar cambios que ocurren en las células que cubren el cérvix (células epiteliales) por medio de la reacción “coagulación proteica”. Que se traduce en una reacción acetoblanca. A continuación se presentan los pasos que deben efectuarse en la evaluación de la paciente. Preparación de la paciente

- ✓ Paso 1: Dialogue el procedimiento con la mujer. Explíquele porque se recomienda la prueba y lo que sucederá durante el examen. También mencione el resultado más probable, así como el seguimiento o tratamiento que podría requerirse.
- ✓ Paso 2: Asegure la disponibilidad de todos los instrumentos y materiales que necesitara. Pruebe la fuente de luz. Ingrese a la paciente al área de examen. Pídale que vacíe la vejiga. Pídale que remueva su ropa interior como mínimo, respetando su pudor.
- ✓ Paso 3: Ayude a la mujer a posicionarse en la camilla y cúbrala para el examen pélvico.
- ✓ Paso 4: Lave sus manos completamente con agua y jabón o con gel alcohol y seque con una toalla limpia o seque al aire. Palpe el abdomen.
- ✓ Paso 5: Colóquese un par de guantes descartables nuevos o estériles que han sido desinfectados en ambas manos.
- ✓ Paso 6: Arregle los instrumentos en un bandeja, si no lo ha hecho previamente.

➤ **Realización de la inspección visual**

- ✓ Paso 1: Inspeccione los genitales externos y busque descarga en la apertura uretral. Advértale a la mujer que se le introducirá el especulo, por lo que podría sentir presión.
- ✓ Paso 2: Inserte suavemente el especulo y abra suavemente las hojas para revelar el cérvix. Ajuste el especulo para poder visualizar todo el cérvix. Esto puede ser difícil cuando el cérvix es muy grande o extremadamente anterior o posterior. Puede ser necesario usar un algodón o gasa, espátula u otro instrumento o empujar suavemente el cérvix arriba o abajo, hasta la vista.
- ✓ Paso 3: Cuando se puede ver el cérvix totalmente, fije las hojas del especulo en posición abierta para que permanezca en su lugar.
- ✓ Paso 4: Ajuste la fuente de luz para poder visualizar el cérvix en su totalidad.
- ✓ Paso 5: Mire el Cérvix y busque evidencia de infección (cervicitis) como una secreción blanquecina purulenta, ectopia (ectropión), quistes de Naboth, úlceras o lesiones en “fresa” (infección de tricomonas).
- ✓ Paso 6: Use un algodón o gasa limpia para remover cualquier descarga, sangre o moco del cérvix.
- ✓ Paso 7: Identifique el orificio cervical y la unión escamocolumnar alrededor.
- ✓ Paso 8: Remoje en solución de ácido acético diluida, una gasa o algodón lo suficientemente grande que cubra el cérvix totalmente,. Si es necesario, utilice algodones limpios para repetir las aplicaciones de ácido acético hasta que el cérvix está totalmente cubierto.
- ✓ Paso 9: Espere un minuto para que se absorba el ácido acético y aparezca una reacción acetoblanca en caso de ser positiva.
- ✓ Paso 10: Inspeccione la UEC cuidadosamente, Descarte sangrado del cérvix, busque cualquier placa blanquecina engrosada y elevada o epitelio acetoblanco. Debe visualizarse la UEC en su totalidad para determinar si el cérvix es normal o anormal.

- ✓ Paso 11: Según sea necesario, replique el ácido acético con una gasa o algodón limpio para remover moco o sangre que haya aparecido. Durante la inspección y que pueda oscurecer la visibilidad.
- ✓ Paso 12: Cuando haya completado la inspección, use una gasa para remover cualquier ácido acético que haya quedado en el cérvix o vagina.
- ✓ Paso 13: Remueva el espejo de manera suave. Si el examen es negativo coloque el espejo en una solución de cloro al 0.5% durante 10 minutos para descontaminación. Si el examen es positivo y usted se encuentra en un servicio que cuente con equipo para efectuar tratamiento inmediato, coloque el espejo en la bandeja para poder utilizarlo durante la crioterapia.
- ✓ Paso 14: Registre los hallazgos de las Inspección Visual en la hoja de registro, incluyendo cervicitis, ectropión, quistes de naboth, úlceras o cérvix en fresa. Si hay cambios acetoblanca, registre el examen como anormal dibuje un “mapa” del cérvix y del área afectada en la hoja de registro.

➤ **Clasificación de resultados de IVAA**

Los hallazgos deben clasificarse según las categorías estandarizadas a continuación

Clasificación Hallazgos Clínicos

- ✓ **Aceto Positivo:** Placas blanquecinas, engrosadas y elevadas o epitelio acetoblanco, usualmente cerca de la unión escamocolumnar.
- ✓ **Aceto Negativo:** Liso, rosado, uniforme y sin características especiales: ectropión, pólipo, cervicitis, inflamación, quistes de Naboth.
- ✓ **Sospechoso (de Cáncer):** Crecimiento tipo coliflor o ulcerante, masa fúngica. Auto-evaluación del personal sanitario que proporciona la IVAA.¹²

➤ **Incidencia**

Dentro del ámbito de la medicina, se habla de incidencia para nombrar al índice de individuos que padecen una cierta enfermedad (casos nuevos de una enfermedad), dentro del total de un grupo de personas en estudio. Se trata, por lo tanto, de una noción de uso frecuente en la epidemiología (la disciplina especializada en el origen y el desarrollo de las epidemias)

De acuerdo a la cantidad de personas que sufren un trastorno de la salud dentro de un determinado grupo, puede estimarse la incidencia en cuestión. Dicha incidencia es una proporción: revela cuantos individuos de un total están enfermos. Es posible diferenciar entre la incidencia de periodo (que revela proporción de enfermos en un momento incierto) y la incidencia puntual (referida a un momento específico) y nuestro trabajo es de característica puntual ¹³.

➤ **Tratamiento**

Estará de acuerdo al tipo y la etapificación.

En las lesiones preinvasoras puede ser ambulatorio u hospitalización, consistente en criocirugía escisión. El manejo terapéutico del cáncer terapéutico del cáncer invasor y la indicación de conductas especiales en casos complejos, debe ser determinado por el comité oncológico y consejo consultivo de la unidad de especialidad sea este hospital para cirugía o instituto nacional de cancerología a nivel central para radioterapia u otro. El tratamiento incluye cirugía quimioterapia y radioterapia, según protocolo en casos avanzados.¹⁵

Manejo de cuidados paliativos según indicación del centro especializado y manejo individualizado del caso.

2.1.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

➤ **Inicio de relaciones sexuales**

Edad de la primera relación sexual.

➤ **Número de parejas sexuales**

El número de parejas sexuales.

➤ **Uso de métodos anticonceptivos**

Tipo de anticonceptivos usados en el momento de la investigación.

➤ **Antecedentes de una ITS**

Enfermedad de transmisión sexual referida al momento de la investigación.

➤ **Paridad**

Número de partos al momento de la investigación

➤ **Edad del primer parto**

Edad en la que por primera vez tuvo su primer hijo nacido.

➤ **Anticoncepción**

Uso de métodos anticonceptivos usados al momento de la investigación.

➤ **Lesiones precancerosas de cuello uterino**

Se presentan en forma de las llamadas lesiones escamosas intraepiteliales de cerviz o **neoplasia** intraepitelial cervical (CIN, en sus siglas en inglés). Estas lesiones se dividen en CIN de bajo grado o (CIN-I) o CIN de alto grado (CIN-II o III). El grado de la **displasia** se define a partir del grosor de las células anómalas dentro de la pared cervical. Las lesiones recancerosas de cerviz también se denominan displasia cervical y consiste en la Presencia de células anómalas en el cuello del útero.

➤ **Cáncer de cuello uterino (CACU)**

El cáncer cervical es el crecimiento anormal de células en el cuello uterino de una mujer. El cuello uterino es la parte más baja del útero (matriz). Conecta el útero y la vagina. El cáncer cervical es casi siempre causado por el **virus del papiloma humano (VPH)**.

➤ **Inspección visual con ácido acético (IVAA)**

Este es un procedimiento alternativo al Papanicolaou, que será realizado en los establecimientos de salud de primer nivel de atención, de difícil acceso o donde no se cuente con un apoyo efectivo de la Red de Laboratorios de Citología y que cuenten con profesionales (médico, obstetra, enfermera) que hayan sido capacitados y certificados en esta técnica. Los establecimientos de salud de mayor nivel deben también conocer la IVAA.

La IVAA consiste en la observación del cuello uterino luego de haber aplicado ácido acético del 3 al 5% (*) por un minuto. La aparición de epitelio blanco (acetoblanco) es indicativo de probable lesión intraepitelial.

Esta prueba puede ser aplicada a toda mujer hasta los 49 años de edad que ha tenido relaciones coitales, inclusive durante el embarazo, en el control post-parto o post aborto. En mujeres de 50 años o más no es aconsejable utilizar este procedimiento (debido a la retracción de la unión escamocolumnar), debiendo usarse en ellas el Papanicolaou con muestra del canal endocervical.

➤ **IVAA Positivo**

Presencia de imagen acetoblanca en el Cérvix, en la inspección, luego de la aplicación de ácido acético en el Cuello Uterino.

➤ **IVAA Negativo**

Epitelio liso, rosado, uniforme y sin características especiales; ectropión, pólipo, cervicitis, inflamación o quistes de Nabot.

- **MUJERES EN EDAD FERTIL:** se consideran todas las mujeres que acudieron al consultorio preventivo de cáncer ginecológico entre los 15 a 49 años de edad.

CAPITULO III

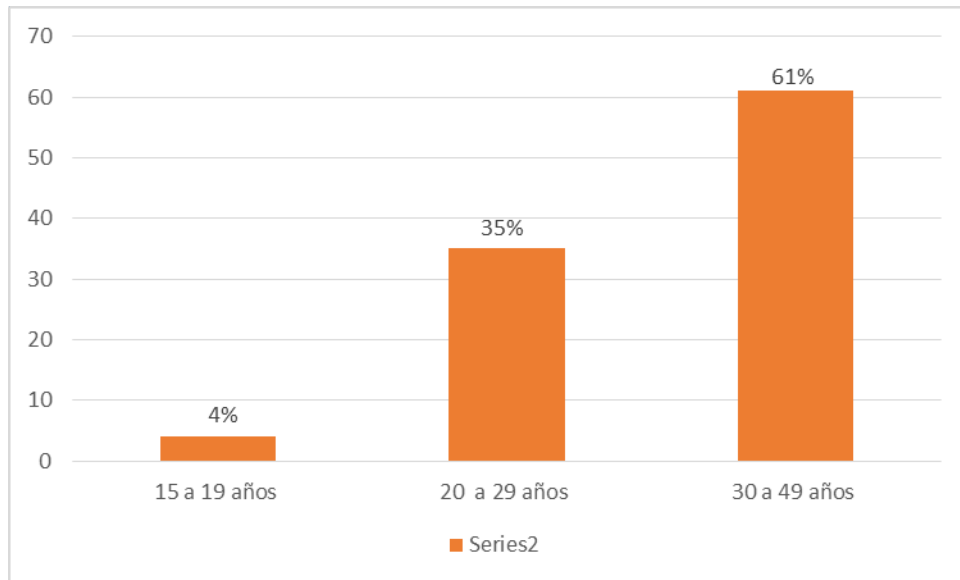
**PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS**

TABLA N° 01
EDAD DE LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO QUE ACUDIERON AL H.R.P
PERIODO 2016

Edad	Fi	PORCENTAJE
15 a 19 años	3	4
20 a 29 años	26	35
30 a 49 años	45	61
TOTAL	74	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

GRAFICO N° 01
EDAD DE LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO QUE ACUDIERON AL H.R.P
PERIODO 2016



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

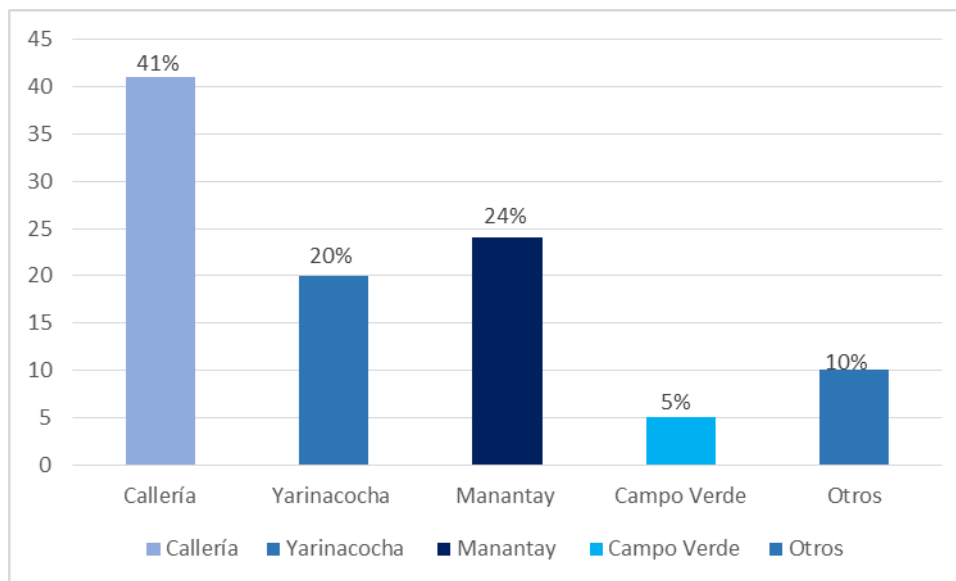
INTERPRETACION y ANALISIS: En la tabla y gráfico N° 1, edad de las pacientes con IVAA positivo el 61%, corresponde de 30 a 49 años, seguido de la edad de 20 a 29 años con un 35%. Seguido de 15 a 19 años con un 4%. El cuadro se contrasta con el trabajo realizado de **César Arturo López Castillo**, LIMA – PERÚ (2010), menciona que el IVAA, es más efectivo y sensible a partir de los 40 años + 10 años.

TABLA N° 02
LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO QUE
ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016

Lugar de procedencia	Fi	%
Callería	30	41
Yarinacocha	15	20
Manantay	18	24
Campo Verde	4	5
Otros	7	10
TOTAL	74	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

GRAFICO N° 02
LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO, QUE
ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

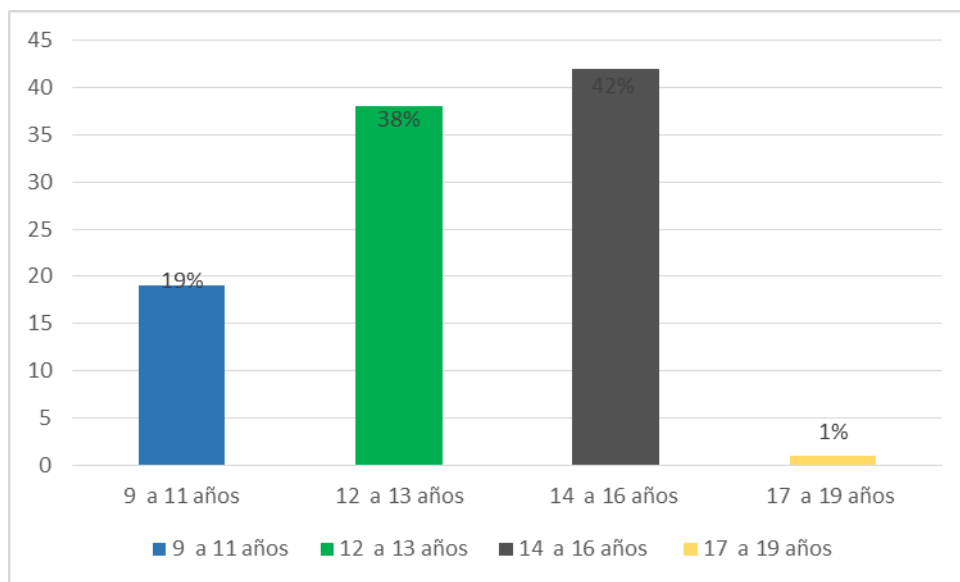
ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°2 con respecto al lugar de procedencia, de las pacientes con IVAA positivo el resultado es el siguiente: el 41% son procedentes de Callería, el 20% corresponde al distrito de Yarínacocha, el 24%, corresponde a Manantay, el 5% corresponde a Campo Verde, y el 10% son de otros lugares de procedencia.

TABLA N° 03
MENARQUIA DE MUJERES CON IVAA POSITIVO QUE ACUDIERON AL H.R.P
PERIODO 2016

Menarquia	Fi	%
9 a 11 años	14	19
12 a 13 años	28	38
14 a 16 años	31	42
17 a 19 años	1	1
TOTAL	74	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

GRAFICO N° 03
MENARQUIA DE MUJERES CON IVAA POSITIVO QUE ACUDIERON AL H.R.P
PERIODO 2016



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

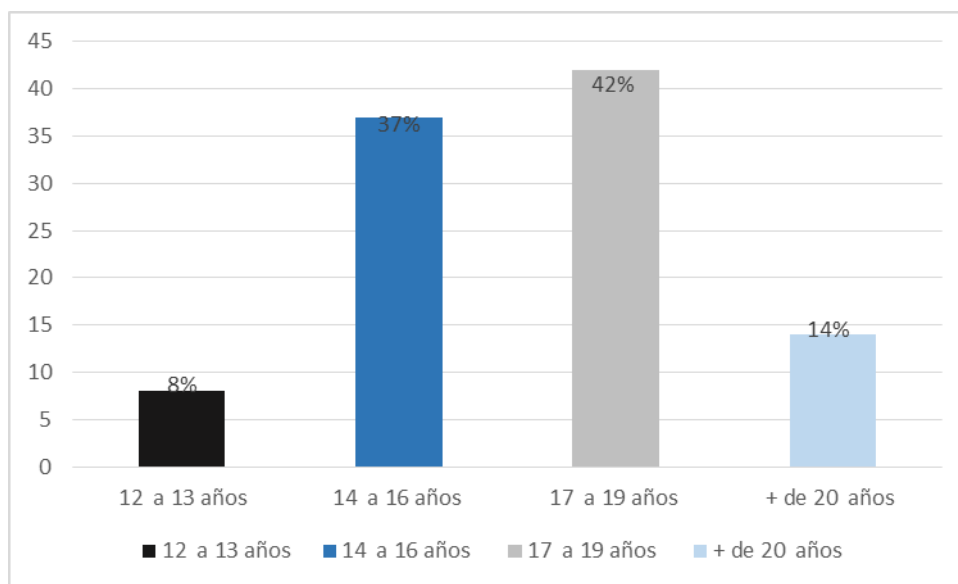
ANALISIS Y INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°3, la menarquia de las mujeres con IVAA positivo, el 19% tuvo su primera menstruación a los 9 a 11 años, el 38% tuvo entre los 12 a 13 años, el 42% tuvo entre los 14 a 16 años y el 1% entre los 17 a 19 años.

TABLA N° 04
INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO
QUE ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	fi	%
12 a 13 años	6	8
14 a 16 años	27	37
17 a 19 años	31	42
+ de 20 años	10	14
TOTAL	74	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

GRAFICO N° 04
INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO
QUE ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

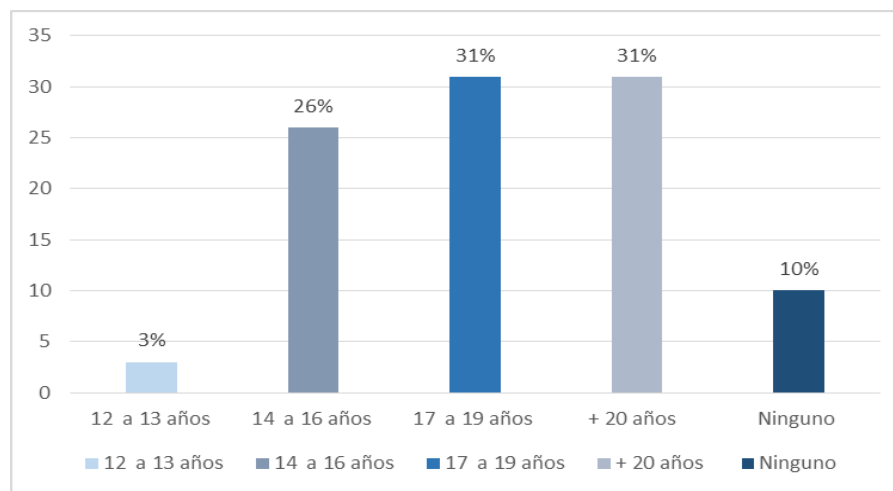
INTERPRETACION Y ANALISIS : En la tabla y gráfico N°4, sobre el inicio de relaciones sexuales son: el 8% inicio su vida sexual a los 12 a 13 años; 37% de 14 a 16 años incrementándose de 17 a 19 años con 42% y el 14% inicio a partir de los 20 años. **VEGA GARAY, Yesenia, AYACUCHO- PERÚ 2015, IVAA Y crioterapia** que para tener un resultado positivo el inicio de relaciones sexuales estuvo entre los 14 a 17 años.

TABLA N° 05
EDAD DEL PRIMER EMBARAZO LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO QUE
ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016

Edad del primer embarazo	fi	%
12 a 13 años	2	3
14 a 16 años	19	26
17 a 19 años	23	31
+ 20 años	23	31
Ninguno	7	10
TOTAL	74	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

GRAFICO N° 05
EDAD DEL PRIMER EMBARAZO A LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO QUE
ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

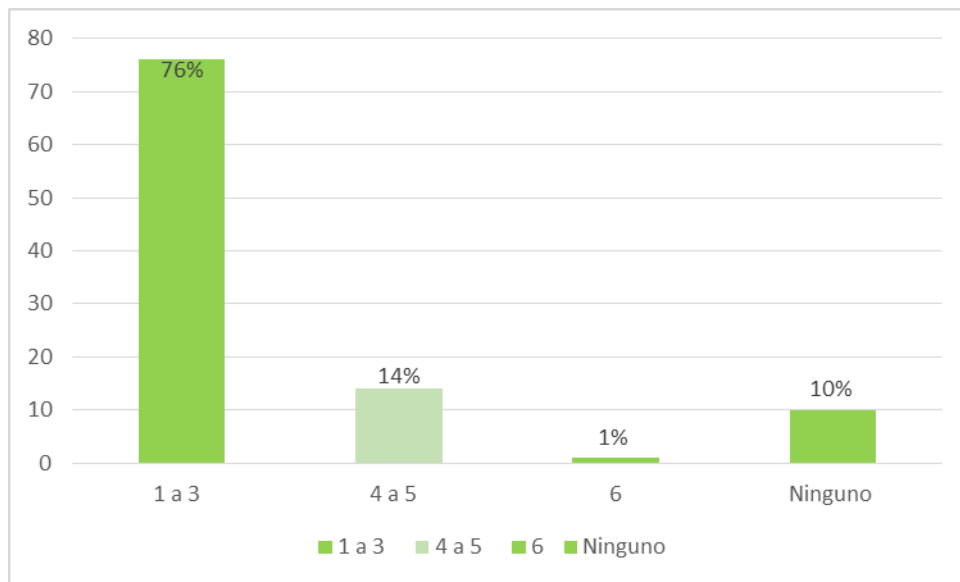
INTERPRETACION y ANALISIS: En la tabla y gráfico N° 6 sobre edad del primer embarazo de las mujeres con IVAA positivo el resultado es el siguiente: el 3% tuvo su primer embarazo entre los 12 a 13 años; el 26% tuvo a los 14 a 16 años, el 31% tuvo a los 17 a 19 años; el 31% más de 20 años y el 10% no tuvo ningún embarazo. **César Arturo López Castillo**, LIMA – PERÚ (2010), menciona que el 13% de mujeres de su estudio fueron IVAA positivo y no tuvieron ningún hijo.

TABLA N° 06
NÚMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO QUE ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016

Número de hijos	fi	%
1 a 3	56	76
4 a 5	10	14
+6	1	1
Ninguno	7	10
TOTAL	74	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

GRAFICO N° 06
NÚMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO QUE ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

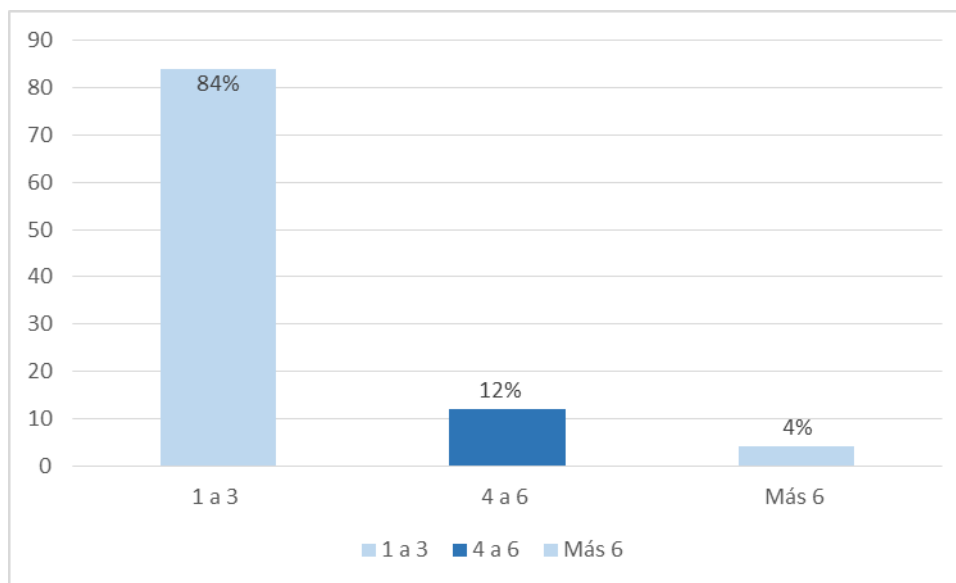
INTERPRETACION y ANALISIS: En la tabla y grafico N° 7 sobre el número de hijos de las mujeres que presentaron IVAA positivo, se muestra el siguiente resultado: el 76% tuvo de 1 a 3 hijos; el 14% de 4 a 6 hijos; el 1% más de 6 hijos y el 10% no tuvo ningún hijo.

TABLA N°07
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS MUJERES IVAA POSITIVOS QUE ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016

Número de parejas sexuales	Fi	%
1 a 3	62	84
4 a 6	9	12
Más 6	3	4
TOTAL	74	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

GRAFICO N° 07
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS MUJERES IVAA POSITIVOS QUE ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

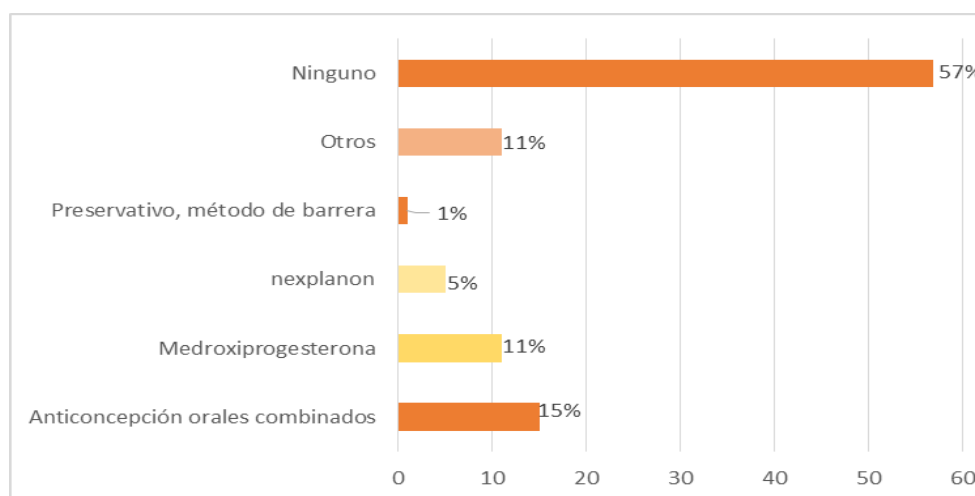
INTERPRETACION y ANALISIS: En la tabla y gráfico N°5 muestra que el número de parejas sexuales de las mujeres con IVAA positivo son: el 84% tuvo entre 1 a 3 parejas sexuales, el 12% tuvo entre 4 a 6 parejas sexuales y el 4% tuvo más de 6 parejas según el estudio realizado. **VEGA GARAY, Yesenia, AYACUCHO- PERÚ 2015**, en su estudio de IVAAS, el número de parejas de las mujeres en estudio tuvieron solo dos parejas sexuales.

TABLA N° 08
USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES CON IVAA POSITIVO QUE
ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016

Uso de anticonceptivos	Fi	%
Anticoncepción orales combinados	11	15
Medroxiprogesterona	8	11
nexplanon	4	5
Preservativo, método de barrera	1	1
Otros	8	11
Ninguno	42	57
TOTAL	74	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

GRAFICO N° 08
USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES CON IVAA POSITIVO QUE
ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

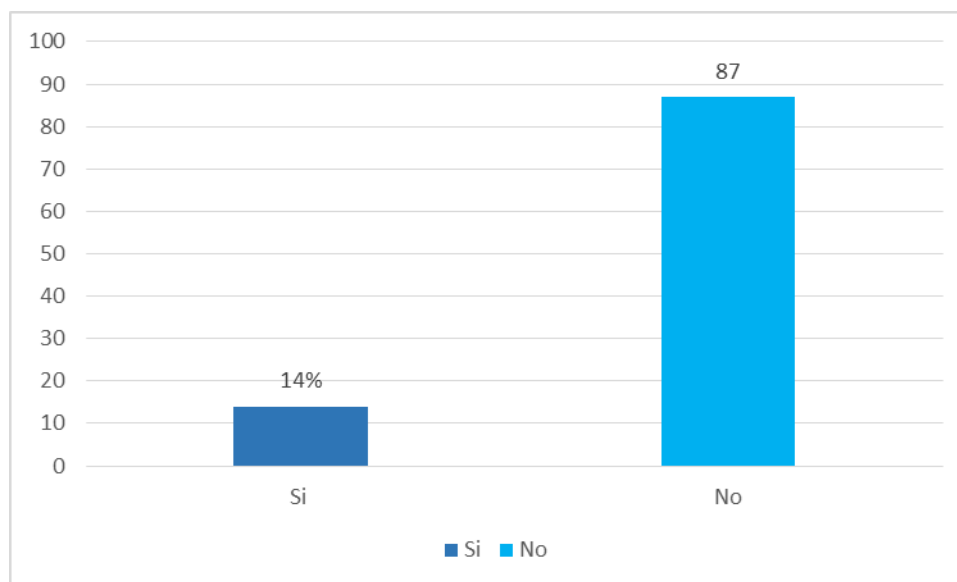
INTERPRETACION y ANALISIS: En la tabla y grafico N° 8 sobre el uso de los métodos anticonceptivos de las mujeres que presentaron IVAA positivo, se muestra el siguiente resultado: el 15% usaron píldoras, el 11% usaron inyectable trimestral, el 5% uso implantes, el 1% uso preservativo, el 11% otros y un gran porcentaje de 56.8% no uso ningún método anticonceptivo. **VEGA GARAY, Yesenia, AYACUCHO- PERÚ 2015**, menciona que es factor determinante el uso de píldoras.

**TABLA N° 09
ANTECEDENTES DE ITS DE LAS MUJERES IVAA POSITIVO QUE
ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016**

Antecedentes de ITS	Fi	%
Si	10	14
No	64	87
TOTAL	74	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

**GRAFICO N° 09
ANTECEDENTES DE ITS DE LAS MUJERES IVAA POSITIVO QUE
ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016**



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

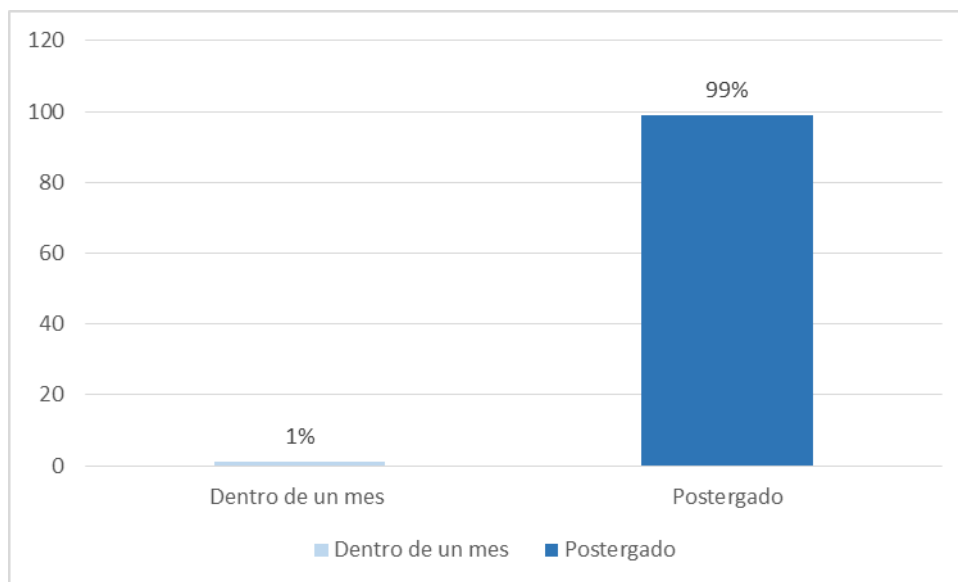
INTERPRETACION y ANALISIS: En la tabla y grafico N° 9 sobre los antecedentes de ITS de las mujeres que presentaron IVAA positivo, se muestra el siguiente resultado: el 87% no tuvo ningún antecedente de ITS, el 14% si tuvo (PVH- tricomoniasis)

**TABLA N° 10
MANEJO DEL IVAA POSITIVO, DE LAS MUJERES QUE ACUDIERON AL
H.R.P PERIODO 2016**

Manejo del IVAA positivo	Fi	%
Dentro de un mes	1	1
Postergado	73	99
TOTAL	74	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

**GRAFICO N° 10
MANEJO DEL IVAA POSITIVO, DE LAS MUJERES QUE ACUDIERON AL
H.R.P PERIODO 2016**



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

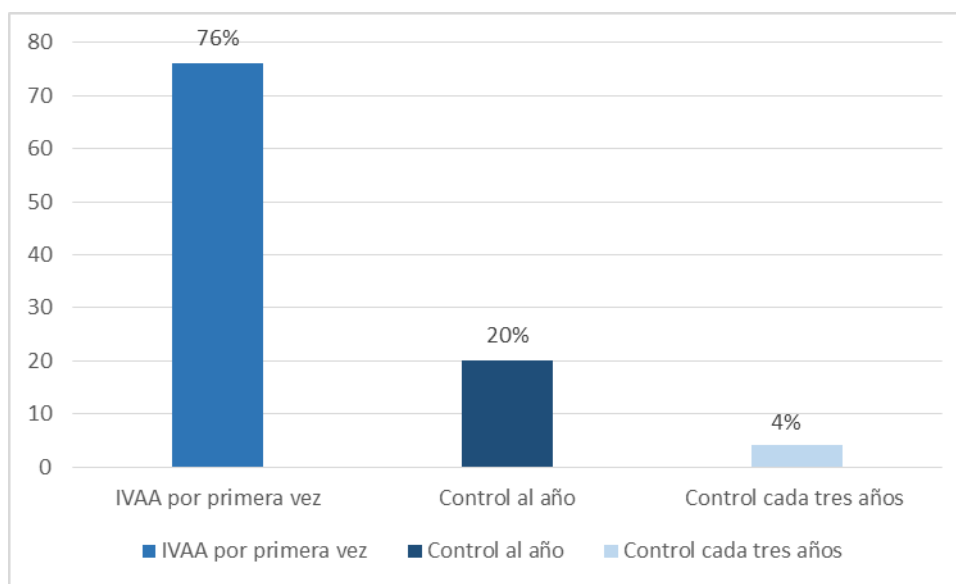
INTERPRETACION y ANALISIS: En la tabla y grafico N° 11 sobre el manejo de los IVAA POSITIVOS de las mujeres que presentaron IVAA positivo, se muestra el siguiente resultado: EL 1% se manejó dentro del mes de ser diagnosticados y el 99% fue postergado.

Tabla N° 11
TAMIZAJE DE IVAA, DE LAS MUJERES QUE ACUDIERON AL H.R.P
PERIODO 2016

Sobre el tipo de examen de IVAA	fi	%
IVAA por primera vez	56	76
Control al año	15	20
Control cada tres años	3	4
TOTAL	74	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

GRAFICO N° 11
TAMIZAJE DE IVAA, DE LAS MUJERES QUE ACUDIERON AL H.R.P
PERIODO 2016



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

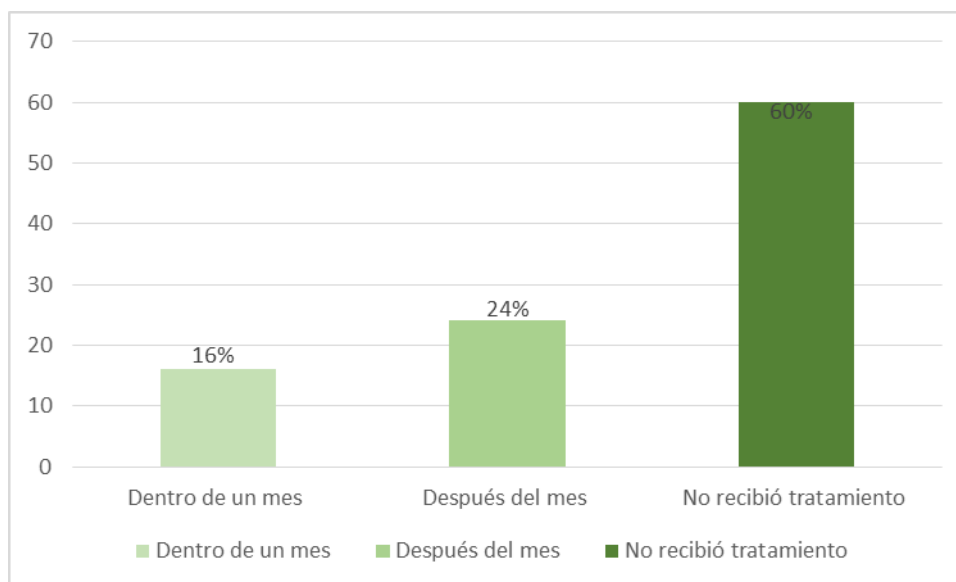
INTERPRETACION y ANALISIS: En la tabla y grafico N° 10 sobre los antecedentes el tipo de IVAA de las mujeres que presentaron IVAA positivo, se muestra el siguiente resultado: el 76% fue diagnostico en la primera vez que acudió al programa, el 20% fueron por el control de año y fueron positivos, algunos tenían antecedentes de LIBG y el 4%, fueron de control a los 3 años.

Tabla N° 12
TIEMPO DE TRATAMIENTO, DE LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO DE LAS MUJERES QUE ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016

Periodo del tratamiento del IVAA	fi	%
Dentro de un mes	12	16
Después del mes	18	24
No recibió tratamiento	44	60
TOTAL	74	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

GRAFICO N° 12
TIEMPO DE TRATAMIENTO, DE LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO DE LAS MUJERES QUE ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

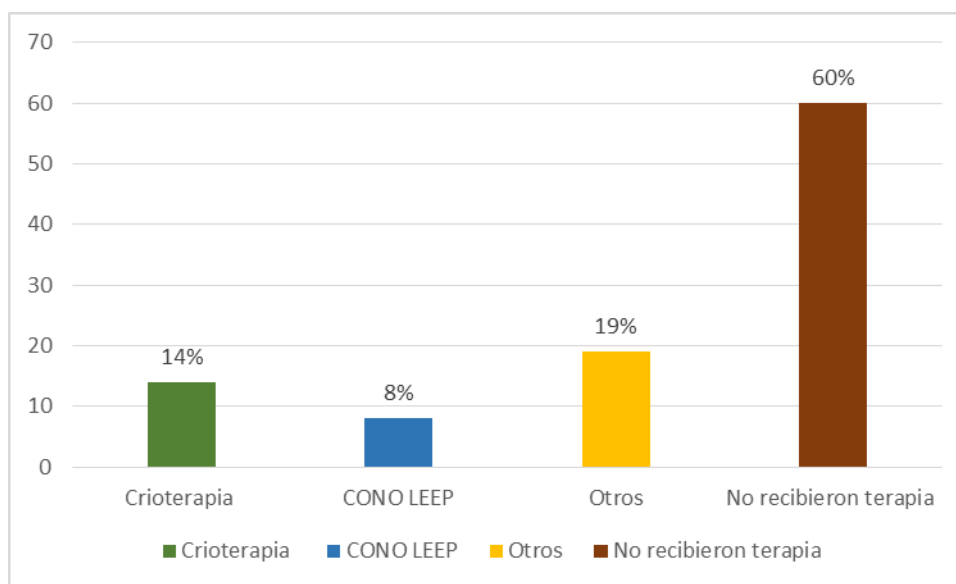
INTERPRETACION y ANALISIS: En la tabla y grafico N° 13 sobre el periodo de tratamiento de las mujeres con IVAA positivo, se muestra el siguiente resultado: El 16% recibió tratamiento dentro del mes, 24% después del mes de ser diagnosticados y el 60% No recibió ningún tratamiento.

Tabla N° 13
TIPO DE TRATAMIENTO DE LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO QUE
ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016

Tipo de tratamiento de IVAA	Fi	%
Crioterapia	10	14
CONO LEEP	6	8
Otros	14	19
No recibieron terapia	44	60
TOTAL	74	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

GRAFICO N° 13
TIPO DE TRATAMIENTO DE LAS MUJERES CON IVAA POSITIVO QUE
ACUDIERON AL H.R.P PERIODO 2016



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO HRP, 2016.

INTERPRETACION y ANALISIS: En la tabla y grafico N° 14 sobre el periodo de tratamiento de las mujeres con IVAA positivo, se muestra el siguiente resultado: el 14% recibió crioterapia, el 8% recibió cono leep y el 19% recibió otro tratamiento (cauterización, observación, histerectomía, biopsia, etc) y el 60% No existe dato de haber recibido ningún tratamiento.

CONCLUSIONES

Luego de finalizar el Estudio de Investigación se concluye que:

1.- Sobre los datos sociodemográficos se concluye que el procedimiento IVAA debe ofrecerse a todas las mujeres de 30 a 49 años con un 61 % y la más seguida es de 20 a 29 años con un 35%, de 15 a 19 años con un 4%. La población que más se atendió fue de Callería con el 41%, además se atendió a población de Yarinacocha con el 20% y con el 24% del distrito de Manantay.

2.- sobre los datos Gineco-obstétricos se concluye que el procedimiento de IVAA se debe realizar a todas mujeres; porque están expuestas a desarrollar cáncer de cuello uterino. Para ello como primer factor el inicio precoz de relaciones sexuales donde de 12 a 13 años con un 8 %; de 14 a 16 años con un 37%, y con mayor resultado de 17 a 19 años con 42%; y de 20 años a mas con un 14% ya que como principal portador del PVH es el varón.

3.- En cuanto al antecedente de número de parejas sexuales tiene mayor relevancia las mujeres que tuvieron 1 a 3 parejas asexuales con un 84% en comparación a las que tuvieron 4 a 6 parejas con un 12%; en cuanto al número de hijos las mujeres con IVAA positivo fue de 1 a 3 hijos con 76%; de 4 a 5 hijos con 14%; ninguno 10%. Con lo que respecta el primer embarazo se concluye que tuvieron mayor relevancia las mujeres de 17 a 19 y más de 20 con 31 % seguida de 14^a 16 años con 26%; de 12 a 13 años 3%; y no tuvo ningún embarazo con 10%.

4.- En cuanto al tamizaje de IVAA de las mujeres que acudieron al Hospital se concluye que los IVAA por primera vez fue de un 76%; control al año con un 20%; y control cada tres años fue de un 4%. En cuanto a los antecedentes de ITS se

Concluye que: no tuvo ningún antecedente de ITS un 87%; seguidos de los que si presentaron una ITS 14%.

5.- Sobre la incidencia de los tratamientos de las lesiones precancerosas del cérvix, diagnosticadas mediante el IVAA, en mujeres de edad fértil que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016, se determina que es el 7.95% por año. En cuanto al manejo de las IVAA positivo se concluye que: dentro de un mes recibió tratamiento el 1%; y postergaron su tratamiento un 99% de las mujeres y recibieron tratamiento.

6.- En cuanto al tipo de tratamiento que recibieron las mujeres con IVAA positivo fue dentro de un mes 16 %; después del mes 24%; y no recibió tratamiento 60 %. En cuanto al tipo de procedimiento que se realizó crioterapia 14%; cono LEEP 8%; otros 19 % no recibieron terapia que tiene el mayor relevancia de 60%

RECOMENDACIONES

Considerando los resultados se recomienda:

- 1.- Al servicio de Gineco – Obstetricia: Ofertar el programa de IVAA para todas las mujeres en edad fértil; debe ser realizado por profesionales capacitados, y priorizar el manejo y tratamiento de los pacientes que salieron positivo en especial a las que acuden de zonas alejadas
- 2.- Al Jefe del servicio de cáncer ginecológico del Hospital Regional de Pucallpa, Fortalecer el servicio de colposcopia con otro profesional de salud, para las atenciones de IVAA positivo, ya que existe una gran demanda de pacientes que se postergaron el tratamiento.
- 3.- A los profesionales de obstetricia a seguir perfeccionando la competencia profesional de la prevención del cáncer ginecológico.
- 4.- Manejar un seguimiento de las pacientes que necesitan tratamiento inmediato; y así evitar que incremente el riesgo de las mujeres a desarrollar cáncer de cuello uterino.

FUENTES DE INFORMACION

1. Ana María del Valle, República Argentina 2009 tesis:” Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en la detección precoz del cáncer de cuello uterino – estudio comparativo”
2. Unidad de enfermedades no transmisibles/Área de control y prevención de enfermedades/Organización Panamericana de la Salud (2016). Inspección Visual del Cuello Uterino con Ácido Acético (IVAA): Reseña crítica y artículos seleccionados. {en línea} Biblioteca sede OPS. Washington DC.
3. Ana María del Valle, República Argentina 2009 tesis:” Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en la detección precoz del cáncer de cuello uterino - estudio comparativo”
http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/foresi_ana_maria_valle.pdf
4. **César Arturo López Castillo**, LIMA – PERÚ (2010), tesis: Inspección visual con ácido acético versus citología cervical en el despistaje de cáncer de cuello uterino, Policlínico Chincha-EsSalud.
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3935/1/Lopez_Castillo_Cesar_Arturo_2010.pdf
5. **JOSÉ G. Negrín, Salgueiro Medina V., et al** (Puerto Esperanza 2008), En el estudio titulado: "Incremento de la detección de lesiones cervicales mediante inspección visual. Puerto Esperanza 2008"
6. **JOSÉ GUILLERMO SANABRIA Y COLS. (Cuba 2014)** en el estudio titulado: "Impacto de la inspección visual con ácido acético para detectar lesiones cervicales en Pinar del Río"

7. **VEGA GARAY, Yesenia, AYACUCHO- PERÚ 2015**, tesis, "Efectividad de la crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres atendidas en el centro de salud de san juan bautista. 2012- 2014"
http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/UNSCH/1026/Tesis%200760_Veg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. **Manuel Jesús Rosado Flores, Lima Perú (2015)**, tesis: "efectividad de la Detección de Lesiones Neoplásicas de cuello uterino por Citología e Inspección Visual con Acido Acético centro médico oncomujer 2013 – 2014
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1299>
9. **Jeronimo et al**, estudio realizado en nuestro país por los médicos de la Unidad de **Detección y Diagnostico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)** en 2010, mujeres de Lima Metropolitana
10. **Winkler et al**, paralelamente al proyecto TATI diseñaron un estudio para determinar si es posible mejorar la detección de lesiones cervicouterinos con la inspección visual con ácido acético magnificada (IVAAM) en comparación con la inspección visual con ácido acético (IVAA)
11. Programa Nacional de Salud Reproductiva Componente Cervicouterino Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Prevención y Detección Temprana de Cáncer Cervicouterino Manual para Tamizaje del Cáncer.
12. Sidash T. Infección del virus papiloma humano [en línea] Patronato de acción social GPAO: fecha de publicación: 2012. [acceso el 6 set. 2016].
<http://www.diarioopinion.com/salud/verarticulo.php?id=8226774>.
13. DIAGNOSTICOS DEL IVAA <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>.

- 14.** Programa Nacional de Salud Reproductiva Componente Cervicouterino
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Prevención y Detección
Temprana de Cáncer Cervicouterino Manual para Tamizaje del Cáncer.
- 15.** Diagnóstico y tratamiento cáncer cervicouterino, componente cervicouterino
del programa nacional de salud reproductiva, Ministerio de salud y
asistencia social protocolo de atención enero 2010.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



**TRATAMIENTO DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL CON IVAA POSITIVO
QUE ACUDIERON AL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO
2016.**

I.- DATOS GENERALES:

1.- NÚMERO DE HISTORIA CLINICA:

2.- FECHA DE TOMA DE IVAA:

II.- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

3.- EDAD:

- a) 15-19
- b) 20-29
- c) 30-49

4.- LUGAR DE PROCEDENCIA

- a) Callería
- b) Yarinacocha
- c) Manantay
- d) Campo verde
- e) Otros

III.- FACTORES ASOCIADOS: GINECOOBSTETRICOS.

1.- MENARQUIA

- a) 9- 11
- b) 11-13
- c) 14-16
- d) 17-19

2.- I.R.S

- a) 9- 11
- b) 11-13
- c) 14-16
- d) 17-19
- e) + 20

3.- NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

- a) 1-3
- b)4-6
- c) +61

4.- EDAD DEL PRIMER EMBARAZO

- a) 9- 11
- b) 11-13
- c) 14-16
- d) 17-19
- e) + 20

5.- Nº DE HIJOS

- a) 1-3
- b) 4-6
- c) +6

6.- USO DE ANTICONCEPTIVO SI () NO ().

- a) AOC
- b) MPG
- c) IMP
- d) PV
- e) otros+
- f) Ninguno

7.- ANTECEDENTES DE ITS SI () NO ().tipo:

IV.- SOBRE LESIONES PRECANCEROSAS MEDIANTE EL IVAA

8.- RESULTADO POSITIVO Y NEGATIVO: DE IVAA

9.- SOBRE EL TIPO DE EXAMEN DE IVAA

- a. IVAA PRIMERA VEZ : ()
- b. CONTROL AL AÑO : ()
- c. CONTROL CADA 3 AÑOS : ()

10.- MANEJO DEL IVAA POSITIVO

- a. DENTRO DEL MES :()
- b. POSTERGADO :()
- c. NO RECIBIÓ TRATAMIENTO :()

11.- TIPO DE TRATAMIENTO:

- a.) crioterapia ()
- b) cono leep ()
- c.- Otros: ()
- d.- No recibió tratamiento ()

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo General	Hipótesis	Operacionalización			Método
			Variable	Indicadores		
Tratamiento De Las Mujeres En Edad Fertil Con Iva Positivo Que Acudieron Al Hospital Regional De Pucallpa En El Periodo 2016.	¿Determinar el tratamiento de las mujeres con IVAA positivo que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?	El presente trabajo no presenta hipótesis, por ser un estudio descriptivo de las variables en estudio, sin intervenir, ni manipular las variables.	UNIVARIADO: TRATAMIENTO DE IVAA POSITIVO	FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad ➤ Lugar De Proceden 	Tipo de investigación: Estudio retrospectivo de corte transversal
				ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS	Menarquia 1 R. Sexual Primer Embarazo Nº De Hijos Nº de parejas sexuales Uso de anticonceptivos	Nivel de investigación: Estudio descriptivo observacional
				MANEJO DE IVAA POSITIVO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dentro del mes ➤ Después del mes ➤ Postergado 	Método: Tipo cualitativo
				TIPO DE TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Crioterapia ➤ Cono LEEP ➤ Otros 	Población: MEF con pruebas de IVAA (+) Muestra: Muestreo probabilístico.

