

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO
ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO
MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Beny Lizbeth Paniagua Vilca

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL
HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO – MADRE DE DIOS – 2014**

TESIS

PRESENTADA POR:

BACH. BENY LIZBETH PANIAGUA VILCA

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:

.....
MGR. NÉRIDA PÉREZ CABANILLAS
PRESIDENTA

.....
DRA. OBSTA. OLGA CHOQUE CHURA
JURADO

.....
DRA. OBSTA. CARMEN LINARES TORRES
JURADO

.....
DRA. OBSTA. REGINA ESCOBAR BERMEJO
ASESORA DE TESIS INTERNA

.....
OBSTA. ELSA PINEDA ROLDÁN
ASESORA DE TESIS EXTERNA

DEDICATORIA

La presente tesis la dedico a mi familia, mis padres Bacilio Paniagua Quispe y Martha Vilca Zavala, que me han enseñado a perseverar en las metas que me trace, por apoyarme en las decisiones que tomo y por brindarme su cariño y amor en todos estos años.

“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en dondequiera que vayas”

Josue 1:9

AGRADECIMIENTO

*“A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, a la Facultad
Ciencias de la Salud y a mi Escuela Académico Profesional de
Obstetricia, por acogerme en esta casa de estudios, que no solo me
ha formado como profesional, sino también como persona.
Al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, al personal que trabaja
en el Servicio de Gineco-Obstetricia, por el apoyo brindado para el
desarrollo de esta tesis, en especial a la Obstetra Teófila Elsa Pineda
Roldán, por su guía e incentivo en nuestra carrera.
A la Dra. Regina Escobar Bermejo y la Mgr. Juana Barreda Grados,
por brindarme su tiempo y guía para la presente tesis.
A María Alejandra Liendo Ordoñez, Marilyn Rocío y Edwards Jersey
Rojas Huillca, por depositar su confianza en mí y creer que nuestras
metas son realizables y alcanzables”.*

CONTENIDO

DEDICATORIA	iv
EPÍGRAFE	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT	xv
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1	Descripción del problema	5
1.2	Formulación del problema	6
1.3	Justificación e importancia	7
1.4	Alcances y limitaciones	8
1.5	Objetivos	9

1.5.1	Objetivos General	9
1.5.2	Objetivo Específicos	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1	Antecedentes del estudio	10
a)	Antecedentes Internacionales	10
b)	Antecedentes Nacionales	14
c)	Antecedentes Locales	15
2.2	Bases teóricas	15
2.2.1	Anatomía del Cuello Uterino	15
2.2.2	Histología del Cuello Uterino	17
2.2.3	Historia Natural de la Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y su relación con el Cáncer de cuello uterino	23
2.2.4	Cáncer de Cuello Uterino	30
2.2.5	Técnica de la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	32
2.2.6	Interpretación de hallazgos	40
2.2.7	Papanicolaou	40

2.2.8	Sistema Bethesda. Anormalidades de células epiteliales	44
2.2.9	Valoración de la Eficacia de la Prueba	46
2.3	Definición de términos	51
2.3.1	Carcinoma In Situ	51
2.3.2	Colposcopia	52
2.3.3	Factores de Riesgo	52
2.3.4	Biopsia	52
2.3.5	Sistema de Clasificación Bethesda	53
2.3.6	Sistema de Clasificación de la Neoplasia Intraepitelial del Cuello Uterino (NCI)	53
2.3.7	Crioterapia	54
2.3.8	Displasia del Cuello Uterino	54
2.3.9	CONO LEEP	54

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1	Tipo y Diseño de la investigación	56
3.2	Población y muestra	56
3.2.1	Población	56

3.2.2	Muestra	56
3.2.3	Criterios de Inclusión y Exclusión	57
3.3	Operacionalización de variables	57
3.4	Técnicas e instrumentos para recolección de datos	60
3.4.1	Métodos	60
3.4.2	Técnica	60
3.4.3	Instrumento	60
3.5	Procesamiento y análisis de datos	61

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	63
4.2	DISCUSIÓN	86
	CONCLUSIONES	89
	RECOMENDACIONES	92
	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	95
	ANEXOS	98

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: IVAA positivo según la edad	63
TABLA 2: IVAA positivo según paridad	65
TABLA 3: IVAA positivo según el número de abortos	66
TABLA 4: IVAA positivo según amenorrea	67
TABLA 5: IVAA positivo según la edad de Inicio de Relaciones Sexuales	68
TABLA 6: IVAA positivo según el número de parejas sexuales	70
TABLA 7: IVAA positivo según los antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual	72
TABLA 8: IVAA positivo según el Diagnóstico Ginecológico	74
TABLA 9: IVAA positivo según el número de Papanicolaou realizados	76
TABLA 10: IVAA positivo según el método anticonceptivo en uso	77
TABLA 11: IVAA positivo según el resultado de Papanicolaou	78

TABLA 12: IVAA positivo según el resultado de Papanicolaou y resultado de Biopsia	80
TABLA 13: IVAA positivo según el resultado de Biopsia y el tratamiento con Crioterapia y CONO LEEP.	82
TABLA 14: Prevalencia, Sensibilidad, Especificidad y Valores Predictivos Positivo y Negativo de la IVAA	84
TABLA 15: Comparación de la IVAA y el Papanicolaou	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: IVAA positivo según la edad	64
GRÁFICO 2: IVAA positivo según la edad de Inicio de Relaciones Sexuales	69
GRÁFICO 3: IVAA positivo según el número de parejas sexuales	71
GRÁFICO 4: IVAA positivo según los antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual	73
GRÁFICO 5: IVAA positivo según el Diagnóstico Ginecológico	75
GRÁFICO 6: IVAA positivo según el resultado de Papanicolaou	78
GRÁFICO 7: IVAA positivo según el resultado de Papanicolaou y resultado de Biopsia	81
GRÁFICO 8: IVAA positivo según el resultado de Biopsia y el tratamiento con Crioterapia y CONO LEEP.	83

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

ABSTRACT

The study was designed with the objective to determine the predictive value of the Visual Inspection with acetic acid, in the Santa Rosa Hospital in Puerto Maldonado – Madre de Dios - 2014.

DESIGN: Descriptive, prospective and cross-sectional.

POPULATION: it took to all women who come to the Santa Rosa Hospital of Puerto Maldonado for the Visual Inspection with acetic acid (VIAA), in 2014, were 675 users.

SAMPLE: All women who come to the Santa Rosa Hospital from Puerto Maldonado to VIAA whose result is positive, in the year 2014, with 209 women. The type of non-probability sampling is intentional, for criterion for inclusion.

CONCLUSIONS: The positive predictive value of the VIAA is 21% and the negative predictive value is 93.9%. The participants related to obtain a positive result in the IVAA project: 66% had more than one sexual partner and 77% was diagnosed cervicitis. In the relation of colposcopy and PAP, 21.5 % had abnormalities in the squamous cells. The prevalence of the VIAM is 10.8%, the sensitivity 61.6%; and specificity 72.7%.

KEY WORDS: Predictive Value, Visual Inspection with Acetic Acid, Cancer of the Cervix.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de cáncer de cuello uterino a nivel mundial, para países en vías de desarrollo es el 86%, mientras que, para los países desarrollados es del 14%, la mortalidad por este cáncer es de 88% en países en desarrollo y 12% para países desarrollados, según la Globocan 2008, por lo cual es importante el abordaje de cáncer, como se sabe el tamizaje periódico hace que sea detectable precozmente, dándosele un tratamiento adecuado o la referencia pertinente a Institutos Especializados.

De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006- 2011, los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%). Para dicho período, el 5.6% de los casos de cáncer de cérvix notificados (922/16 374), el 0.4% de los cánceres de mama (49/11 340) y el 0.2% de los cánceres de próstata (15/6359) fueron diagnosticados mediante un programa de detección precoz o tamizaje.

En el departamento de Madre de Dios, según los casos registrados de cáncer, se halló que los tres principales cánceres que atacan a la población son: el cáncer de cérvix con un 28.5%(37 casos), cáncer de piel 8.5%(11 casos) y 7.7%(10 casos) neoplasias del sistema hematológico;

mientras que en el departamento de Tacna se encontró como los tres primeros cánceres a: cáncer de cérvix 21.9%(148 casos), cáncer por neoplasias del sistema hematopoyético es del 6.2%(42 casos) y el cáncer de mamas el 6.1%(41 casos).

La participación activa de las mujeres quizá es difícil de alcanzar, pero no imposible, se debe tener en cuenta que es la parte integrante y sostenible de un programa de prevención.

Un programa de tamizaje de cáncer de Cuello Uterino bien implementado, tiene que tener en cuenta varios aspectos la educación como medida de prevención primaria, seguido del tamizaje de las lesiones pre-cancerosas según el método utilizado (Papanicolaou, Inspección Visual con ácido Acético) prevención secundaria, y los casos sospechosos o con diagnóstico de lesiones pre-cancerosas deberán de tener una evaluación con colposcopia para recibir un tratamiento inmediato (Ver - Tratar). Eso sin dejar fuera del círculo el manejo apropiado de los estadios avanzados de la enfermedad.

Por otra parte, un método de tamizaje como la prueba de la Inspección Visual con Ácido Acético y el tratamiento con crioterapia en establecimientos de salud, puede ser eficaz para ayudar a resolver el problema del cáncer cervico-uterino de una manera muy práctica y con poca infraestructura.

La presente tesis “Valor predictivo de la Inspección Visual con Ácido Acético, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado-Madre de Dios-2014”, contiene los siguientes capítulos:

En el capítulo I, se realiza la descripción del problema, teniendo en consideración que hay limitaciones, como infraestructura, equipamiento y personal para un buen diagnóstico y tratamiento; la formulación del problema ¿Cuál es el valor predictivo de la Inspección Visual con Ácido Acético, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado – Madre de Dios- durante el año 2014?; la justificación, teniendo el cáncer una historia natural en la que se evidencia en 10 a 15 años para llegar a ser invasor, los programas de detección temprana, contribuyen a la disminución del mismo; y por último se plantea los respectivos objetivos, siendo el general de determinar el valor predictivo de la Inspección Visual con Ácido Acético, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado – Madre de Dios - 2014.

En el capítulo II se abordan los antecedentes del problema, los aspectos teóricos relacionados al cuello uterino, cáncer de cuello uterino, la técnica del Inspección Visual con Ácido Acético, la valoración de la eficacia de la prueba diagnóstica, y además de otros conceptos que aportan y nutren esta tesis.

En el capítulo III se aborda la metodología de la investigación, según el problema y los objetivos planteados, la investigación planteada es descriptiva, prospectiva y de corte transversal. Considerándose para la muestra a las mujeres que acuden al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado para realizarse la Inspección Visual con Ácido Acético, cuyo resultado sean positivo.

En el capítulo IV se aborda los resultados y discusión, mostrándonos los frutos de esta investigación, finalmente se presenta las conclusiones que se han obtenido y las recomendaciones correspondientes.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.6 Descripción del problema

La lucha contra el cáncer de cuello uterino, afronta diversos desafíos, las mujeres con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad son aquellas con edades comprendidas entre 35 y 50 años, muchas de éstas no se han sometido a ningún tamizaje. Se le suma los problemas con las pruebas de citología, tales como una alta proporción de muestras inadecuadas, limitaciones de infraestructura y personal de laboratorio para procesar las muestras de manera oportuna, y procedimientos de control de calidad inadecuados. Además, el seguimiento de mujeres con resultados anormales en citología de tamizaje es deficiente. Como consecuencia de los retrasos excepcionalmente prolongados en la obtención de los resultados de la citología, es posible que algunas mujeres no hayan recibido información sobre los resultados de sus pruebas de tamizaje y no hayan tenido oportunidad de tratamiento.¹

Actualmente, la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), puede ser igual o más sensible que la citología; esto se traduciría en una reducción potencial de la tasa de las mujeres con resultados falsos negativos.

Asimismo; en cuanto al costo es relativamente bajo, ya que la IVAA depende mayormente de personal adiestrado y materiales de bajo costo, como el vinagre, etc. Debe observarse, sin embargo, que los costos pueden aumentar debido a las altas tasas de referencia las cuales se requieren con esta prueba, debido al adiestramiento intensivo y continuo que una técnica subjetiva generalmente requiere y mayormente por las medidas de control de calidad que debe haber en un programa.²

Es por esto, que tal técnica es bastante atractiva en áreas de escasos recursos, por tal motivo, tal tamizaje debe ser considerado como parte de los programas de salud pública.

1.7 Formulación del problema

Lo expuesto anteriormente nos lleva a formularnos la siguiente incógnita:

¿Cuál es el valor predictivo de la Inspección Visual con Ácido Acético, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado-Madre de Dios, durante el año 2014?

1.8 Justificación e importancia

En la actualidad, el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar en incidencia en el mundo, siendo el más frecuente en las mujeres de países en desarrollo; las tasas más altas se han encontrado en países como: el África Sub Sahariana, Asia del Sur, el Caribe y América Latina.³ En el Perú según la distribución de casos de cáncer según la localización topográfica y sexo (2006-2011), el cáncer de cérvix o cuello uterino ocupa el 14.9%(16 374 casos), en el promedio anual de casos de cáncer notificados según su topografía, en el de cérvix es de 2729 casos.

Para el período 2006-2011, el 5.6% de los casos de cáncer de cérvix notificados (922/16 374), el 0.4% de los cánceres de mama (49/11 340) y el 0.2% de los cánceres de próstata (15/6359) fueron diagnosticados mediante un programa de detección o tamizaje.

La historia natural de este cáncer evidencia que se trata de un largo proceso, que toma de 10 a 15 años para llegar a ser invasor, y por tanto los Programas de Detección del Cáncer Cérvico-uterino bien organizados pueden disminuir notablemente la incidencia y la mortalidad de la enfermedad en un país. Es factible una disminución del 60% por lo menos en la incidencia y la mortalidad de este cáncer. Para manejar adecuadamente nuestros recursos en la prevención de cáncer de cuello uterino debe focalizar dichos esfuerzos en la población de mayor riesgo, para así lograr una cobertura suficiente de esta población. La adecuada cobertura es un factor de gran impacto en el objetivo final que es disminuir la mortalidad por cáncer de cérvix.

1.9 Alcances y limitaciones

La presente tesis no presentó limitaciones para su ejecución.

1.10 Objetivos

1.10.1 Objetivo General

Determinar el valor predictivo de la Inspección Visual con Ácido Acético, en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado-Madre de Dios- 2014.

1.10.2 Objetivos Específicos

- Identificar los intervinientes relacionados a la obtención de un resultado positivo en la Inspección Visual con Ácido Acético.
- Determinar la relación entre Inspección Visual con Ácido Acético positiva y los resultados de Papanicolaou.
- Identificar la prevalencia, sensibilidad y especificidad de la prueba de la Inspección Visual Con Ácido Acético.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

a) Antecedentes Internacionales:

Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en la Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino – Estudio Comparativo, del Valle Foresi, Ana María. 2009. Concluye que la IVAA podría disminuir la morbimortalidad en lugares con alta incidencia de Cáncer Cérvico-uterino 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. El 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 Uterino.⁴

Inspección Visual del Cuello Uterino con Ácido Acético (IVAA), Reseña crítica y artículos seleccionados. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2003. Entre los estudios mencionados suman 27.987 mujeres sometidas a la Inspección Visual con Ácido Acético por lo cual las conclusiones que resumimos a continuación constituyen evidencia científica, más allá de cualquier especulación. La tasa de positividad para la citología convencional varió entre 1,0% y 15,2% entre los ocho estudios, con un promedio ponderado de 11,1%. La tasa de positividad de la IVAA fue con un promedio ponderado de un 18,2%. La sensibilidad de la IVAA es equivalente a la de la citología para detectar LIE de grado alto o cánceres invasores del cuello uterino. La especificidad baja de la IVAA se debe a la

prevalencia alta subyacente de las ITS. La IVAA está al alcance fácilmente, es sostenible y si va acompañada de tratamiento, podría reducir la carga de morbilidad. Aún donde los servicios de citología estén bien establecidos, la IVAA quizá sea eficaz en función de los costos. La IVAA es un procedimiento no invasor que se aplica fácilmente y da resultados inmediatos, lo que permite dar una solución rápida a las mujeres. ⁵

Valor Diagnóstico de la Inspección Visual con Ácido Acético en la Lesión Intraepitelial Cervical – Maracaibo. Carrizo Arias, Eiling Maride. 2012. De las 84 pacientes analizadas con la Inspección Visual del Cuello Uterino con Ácido Acético y Citología, el promedio de la edad fue de $36,5 \pm 17,5$ años, del número de gestaciones fue de $4,0 \pm 4,0$, el número de parejas sexuales promedio fue de $3,0 \pm 2,0$ y la sexarquia de $17,9 \pm 3,1$ años, prevaleció en un 89% las pacientes con procedencia urbana, el grado de instrucción de mayor prevalencia fue el de primaria con 46% y el menor con 4% las analfabetas. Con respecto a los antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual, ningún antecedente predominó en un 61%, seguido por una prevalencia del 21% para la Enfermedad Pélvica Inflamatoria y de 18% para el Virus de Papiloma Humano. Con

relación a los hallazgos en la Inspección Visual del Cuello Uterino con Ácido Acético, resultaron positivas 14 (16,7%), negativas 70 (83,3%), con 12 (14,2%) verdaderos positivos, 64 (76,1%) verdaderos negativos, 6 casos (7,1%) falsos negativos y 2 casos (2,3%) falsos positivos, corroborados todos por citología, pudiendo ser explicados algunos de estos por la coexistencia de infecciones micóticas, bacterianas y parasitarias reportadas en el grupo de pacientes con Cambios Reactivos y Lesión Intraepitelial de Bajo Grado. Las alteraciones reportadas en la citología cervical fueron: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado 15 casos (17,8%), Lesión Intraepitelial de Alto Grado 03 casos (3,5%), Cambios Reactivos 64 (76,1%) dentro de los que se encontró 12 casos con Citologías Inflamatorias Severas Inespecíficas: 12 (15,1 %). En el grupo de pacientes con Lesión Intraepitelial de Bajo Grado y Cambios Reactivos se encontró cambios infecciosos por *Cándida Albicans* en 6 pacientes (7,1%), *Gardnerella Vaginalis* en 14 casos (17,7%) y *Tricomona Vaginalis* en 1 paciente (1,2%). Al determinar la sensibilidad de la Inspección Visual del Cuello Uterino con Ácido Acético, se obtuvo 66,6%, especificidad de 96,9%, Valor Predictivo Positivo 85,7% y Valor Predictivo Negativo 91,4%, siendo estadísticamente significativo ($p < 0,05$), comportándose de manera

similar a la citología cervical, constituyendo de esta manera una alternativa eficiente, simple, de bajo costo para la detección de lesiones cervicales pre-cancerosas y cancerosas en las zonas de bajos recursos.⁶

b) Antecedentes Nacionales:

Prevención del Cáncer Cérvico-uterino en el Perú: Lecciones aprendidas proyecto demostrativo Tamizaje y Tratamiento Inmediato (TATI). ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2006. El proyecto TATI demostró que es seguro, factible y asequible incorporar la prueba de la IVAA y el tratamiento con crioterapia a los servicios de salud regulares de la mujer en atención primaria. Aunque el programa no logró su objetivo total en cuanto a cobertura, incluyó a muchas mujeres que anteriormente nunca habían sido atendidas y consiguió una mayor sensibilidad de las pruebas y un mayor número de tratamientos finalizados en comparación con el programa basado en la citología. Los mecanismos para aumentar la participación de las mujeres que son difíciles de alcanzar deben constituir una parte integrante y sostenible de un programa de prevención. Por otra parte, un

método de tamizaje, triaje y tratamiento que utilice la prueba de la IVAA y el tratamiento con crioterapia en entornos de atención primaria puede ser eficaz para ayudar a resolver el problema del cáncer cérvico-uterino de una manera muy práctica y con poca infraestructura. Aún es pronto para determinar si este método tendrá una repercusión a largo plazo sobre la incidencia y las tasas de mortalidad del cáncer cérvico-uterino. Sólo nuevos estudios que evalúen la eficacia a largo plazo de la prueba de la IVAA y el tratamiento con crioterapia pueden proporcionar la respuesta.¹

c) Antecedentes Locales

No se encontraron antecedentes relacionados en el Departamento de Madre de Dios.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Anatomía del Cuello Uterino

El tracto genital inferior femenino está formado por el cuello uterino, la vagina y la vulva. El cuello uterino es la porción inferior del útero, delimitado por arriba por el istmo y protruye en la vagina. Es de forma cilíndrica o cónica, mide de 3 a 4 cm de largo y 2.5 cm a 3.5 cm de diámetro. Las

dimensiones y la forma del cuello uterino varían según la edad, el número de partos y el momento del ciclo hormonal de la mujer. Se divide en la porción vaginal o exocérvix y el canal o endocérvix. El conducto (canal) endocervical, que atraviesa el endocérvix, conecta la cavidad uterina con la vagina y se extiende a través de los orificios interno al externo. El exocérvix presenta dos labios (anterior y el posterior) delimitados por el orificio cervical externo. Es la parte más visible en la exploración con espéculo. La parte superior de la cavidad vaginal que rodea la porción vaginal se denomina fondo de saco vaginal.⁷

El cuello de las mujeres que han tenido hijos es voluminoso, y el orificio externo se presenta como una ancha hendidura transversal. El orificio cervical externo de las nulíparas presenta el aspecto de una pequeña abertura circular (agujero de alfiler). La inervación del cuello uterino procede del plexo hipogástrico. El endocérvix tiene terminaciones nerviosas sensitivas extendidas, que son escasas en el exocérvix. En consecuencia, la mayoría de las mujeres tolera bien procedimientos como la biopsia o la crioterapia sin anestesia local.

Como en el endocérvix también abundan las fibras simpáticas y parasimpáticas, la manipulación del endocérvix puede estimular estas terminaciones nerviosas y, a veces, producir en la paciente una reacción vasovagal.⁷

2.2.2 Histología del Cuello Uterino

Exocervix – Epitelio Escamoso

El cuello uterino tiene dos porciones bien delimitadas: la que protruye dentro de la vagina: “el exocérvix”, y el canal endocervical. El exocérvix está tapizado por un epitelio escamoso no queratinizado similar al epitelio vaginal. Este epitelio se divide en cuatro estratos:

- El estrato basal o estrato germinal, constituido por una sola hilera de células basales que presentan núcleos alargados que se disponen en forma perpendicular a la membrana basal.
- El estrato espinos profundo (células parabasales), constituyen las dos hileras superiores y son células con mayor cantidad de citoplasma y más grandes que las basales formado por varias hileras de células

redondas o ligeramente poliédricas, con núcleos redondos u ovalados más o menos voluminosos.

- El estrato superficial (estrato medio), formado por células que están madurando, se caracteriza por el aumento de citoplasma. Los núcleos son redondos con cromatina finamente granular.
- El estrato superficial: es el compartimento más diferenciado del epitelio. Las células son chatas, presentan abundante citoplasma y un núcleo picnótico característico. La función de estas células es de protección. Su descamación se debe a la escasez de desmosomas.

Endocérvix – Epitelio cilíndrico

El canal endocervical o endocérvix está formado por una hilera de células cilíndricas mucíparas que revisten la superficie y las estructuras glandulares. Estas estructuras glandulares son invaginaciones tortuosas del epitelio superficial, no son glándulas verdaderas.

Las células del epitelio cilíndrico secretan moco que permite lubricar el cuello y la vagina. En su límite superior se fusiona con el epitelio endometrial en el cuerpo del útero y en su límite inferior se fusiona con el epitelio escamoso en la unión escamoso cilíndrica. El epitelio cilíndrico no produce glucogéno y no cambia de color tras aplicación de Lugol, o retiene una leve capa de la solución yodo yodurada.

Unión Escamocilíndrica o escamocolumnar (UEC)

Como se acaba de señalar el cuello uterino tiene la particularidad histológica (sumamente importante para comprender los estadios iniciales de las lesiones) que comparte dos tipos de epitelio: el epitelio escamoso poliestratificado no queratinizado del exocérnix (que continua hacia la vagina) y el epitelio cilíndrico mucíparo del endocérnix (que continua con el istmo y cuerpo uterino). El punto donde los dos tipos de epitelio se encuentran se denomina: Unión escamocolumnar o escamocilíndrica (UEC).

La ubicación de la UEC, con relación al orificio cervical externo, varía según la edad, el momento del ciclo

hormonal, los traumatismos del parto y algunas condiciones fisiológicas como el embarazo.

En el momento del nacimiento, el punto de unión entre el epitelio escamoso y el cilíndrico se encuentra en el orificio cervical externo y se denomina unión escamocolumnar original (primitiva o primaria).

El desarrollo del cuello uterino durante la infancia y la pubertad produce su alargamiento con la consiguiente salida del epitelio mucíparo que forma un ectropión fisiológico. Éste presenta su máximo desarrollo durante la menarquia y los primeros años de la vida reproductiva. Posteriormente este epitelio mucíparo es reemplazado por un epitelio escamoso de tipo metaplásico.

Zona de transformación

La zona comprendida entre la unión escamocilíndrica original y la funcional (nueva) se denomina zona de transformación (ZT), corresponde a la región del cérvix donde el epitelio cilíndrico ha sido reemplazado o está reemplazándose con el epitelio escamoso metaplásico.

A simple vista, se puede identificar el borde interno de la zona de transformación siguiendo la unión escamocilíndrica, y su borde externo visualizando los quistes de Naboth (si hay) o los orificios glandurales (generalmente visibles con amplificación). En las mujeres premenopáusicas, la zona de transformación está plenamente ubicada en el ectocérvix. Después de la menopausia, y con la edad, el cuello uterino se reduce de tamaño, conforme descienden los niveles de estrógeno. En consecuencia, la zona de transformación puede desplazarse, primero parcialmente y luego plenamente, en el conducto endocervical. En general, todas las neoplasias cervicales se inician en esta zona (ZT).

Metaplasia Escamosa

La metaplasia escamosa se inicia en las regiones expuestas del epitelio cilíndrico por la aparición de pequeñas células redondas subcilíndricas, llamadas células de reserva. A medida que las células de reserva proliferan y se diferencian, se va formando un epitelio delgado, multicelular, no estratificado y llamado epitelio escamoso inmaduro. Las

células del epitelio metaplásico escamoso inmaduro no producen glucógeno.

Pueden surgir a la vez varios grupos aislados de metaplasia escamosa inmadura. El epitelio metaplásico inmaduro neoformado puede evolucionar de dos modos. En la gran mayoría de las mujeres, se convierte en epitelio cilíndrico metaplásico maduro, bien estratificado, rico en glucógeno, similar para todos los efectos prácticos, al epitelio escamoso presente en el exocérnix. En el epitelio escamoso metaplásico maduro pueden verse unos folículos, los llamados quistes de Naboth. Los quistes de Naboth se forman por retención de moco, como resultado de la oclusión de una cripta endocervical por el epitelio escamoso metaplásico que se superpone. En una minoría de las mujeres, la metaplasia escamosa inmadura puede evolucionar hacia el desarrollo de un epitelio displásico (epitelio anormal que presenta cambios celulares precancerosos), debido a una infección con algunos tipos de papiloma virus humanos (VPH).⁷

2.2.3 Historia Natural de la Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y su relación con el cáncer de cuello uterino

La asociación entre VPH y cáncer de cérvix ha sido extensamente estudiada desde los inicios de la década de los 90. Todas las revisiones académicas han concluido de forma consistente que la evidencia acumulada cumple con la mayoría de los criterios establecidos para considerar la asociación como causal.

Por lo tanto, dada toda la evidencia virológica, clínica y epidemiológica acumulada existe un consenso multidisciplinario de la comunidad científica que considera la infección por ciertos tipos oncogénicos de VPH como la causa etiológica necesaria del cáncer de cuello uterino. Además de haberse establecido su relación con otras cinco localizaciones de cáncer (vulva, vaginal, ano, pene y orofaringe). Hasta el momento se han identificado alrededor de 120 subtipos del VPH secuenciados, al menos 40 subtipos del virus tienen como blanco la mucosa genital, de ellos, al menos 15 son clasificados como oncogénicos, mundialmente, los tipos 16 y 18 juntos son responsables de

cerca del 75% de los casos de cáncer cervical. Los tipos de VPH de bajo riesgo causan verrugas genitales y lesiones benignas. Aproximadamente el 90% de las verrugas genitales son causadas por los VPH 6 y 11.

El momento de mayor probabilidad de infección por VPH es inmediatamente después del inicio de las relaciones sexuales (la prevalencia de infección es máxima en mujeres menores de 25 años.) Pero pueden adquirirse infecciones por VPH durante toda la vida sexual activa de una persona (hasta un 80% de mujeres adquirirán una infección de VPH durante su vida).

Es importante señalar que la mayoría de las infecciones por VPH son asintomáticas y son resueltas por el sistema inmunológico, sin requerir tratamiento alguno en el curso de algunos meses. Sin embargo, cuando la infección, permanece por dos años puede causar alteraciones en las células, aumentando el riesgo de la mujer de presentar lesiones precancerosas.

Otra evidencia a considerar es que la mayoría de las lesiones de bajo grado (NIC I) son transitorias (80-90% se resuelven espontáneamente), o al menos, no evolucionan

hacia formas más graves. Pero, las NIC de alto grado (NIC II-III), presentan una probabilidad (30%) de evolucionar hacia un cáncer invasor. Parece que transcurren entre 10 y 20 años antes que las lesiones cervicales precursoras progresen hacia un cáncer invasor.

El problema radica que en la práctica clínica no sabemos si estamos frente a una lesión en su primer o último día; por lo cual no debemos olvidar que la historia natural de la enfermedad es un marco referencial pero, que como todo proceso biológico suele ser multifactorial y dinámico en el cual los denominados factores de riesgo pueden modificar los tiempos señalados.⁷

Epidemiología de las lesiones precursoras

La lesión intraepitelial de alto grado (LIE-AG) alcanza su máxima incidencia en la tercera y cuarta década de la vida (tasa más elevada de displasia alrededor de los 35 años), siendo rara su aparición después de los 50 años, mientras que el carcinoma invasor tiene una incidencia máxima en la cuarta y quinta década. Entre los 20 y 29 años

se reporta una incidencia de 5.5% y 2.6% en mujeres entre los 50 y 59 años.⁷

El riesgo es más alto en mujeres con múltiples compañeros sexuales (mayor probabilidad de exposición al VPH), aquellos cuyos compañeros son promiscuos y las que tuvieron su primer coito a edad temprana (riesgo doble si el inicio fue entre los 14 o 15 años en comparación con las que tuvieron su primera relación sexual a los veinte años o más). Por lo cual se considera a la adolescente como mujer de riesgo (para la infección por VPH) debido a que en el cérvix se está produciendo fenómenos de reparación (metaplasia) y el potencial de interacción entre el carcinógeno y el cuello uterino se incrementa.

Cofactores o Factores de Riesgo

Del conjunto de riesgos resultantes de estos cofactores probablemente depende el riesgo global de persistencia, requisito necesario en la carcinogénesis cervical, y por lo tanto del riesgo real para que una mujer infectada desarrolle lesiones intraepiteliales neoplásicas y eventualmente cáncer.⁷

Se puede citar los siguientes factores:

- Mujeres de 25 más años de edad.
- Inicio de relaciones sexuales (antes de los 18 años).
- Múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer).
- Antecedente de infecciones de transmisión sexual.
- Tabaquismo.
- Pacientes con el Virus Inmuno deficiencia Humana (VIH).
- Nunca haberse practicado un test de detección temprana (Papanicolaou).⁸
- Conductas sexuales de Riesgo.
- Uso de estrógenos.
- Obesidad.
- Alcoholismo.³

Neoplasias cervicales

Para que se presente un cáncer invasor del cérvix generalmente precede un largo período de enfermedad pre-invasora, que se caracteriza microscópicamente por una serie de lesiones precursoras de bajo grado a alto grado, antes de evolucionar hacia un carcinoma invasor.

Desde la infección inicial durante las primeras relaciones sexuales deben producirse una serie de

interacciones entre factores dependientes del huésped y del virus (VPH) para que se evidencien lesiones precursoras. También es adecuado reiterar que hasta el 90 % de las lesiones de bajo grado regresionan espontáneamente y la persistencia de la infección viral es la causante de la evolución hacia lesiones de alto grado.⁷

Se determina el grado de displasia según la proporción del espesor del epitelio con células atípicas. Así, en la displasia leve las células atípicas se confinan en las capas epiteliales más profundas (tercio inferior). Se observan figuras mitóticas, pero no muchas. La displasia moderada se caracteriza por cambios celulares restringidos sobre todo a la mitad inferior o a los dos tercios inferiores del epitelio con anomalías nucleares más marcadas que en la displasia leve. También pueden observarse figuras mitóticas por toda la mitad inferior del epitelio. En la displasia severa vs. Carcinoma In Situ, la diferenciación y la estratificación pueden faltar por completo, o existir solo en el cuarto superficial del epitelio, con abundantes figuras mitóticas. Las anomalías nucleares aparecen en todo el espesor del epitelio. Muchas figuras mitóticas tienen formas anormales.⁷

Algunas lesiones benignas del cuello uterino

- **El ectropión**, se traduce por la presencia en el cuello uterino de una amplia zona rojiza rodeando el orificio externo y una unión escamoso-cilíndrica lejos del orificio.
- Los **quistes de Naboth**, se presentan como nodularidades protuberantes, de color blanco azulado o amarillo, con una pared lisa y frágil y vasos sanguíneos ramificados.
- Los **pólipos cervicales**, se presentan bajo el aspecto de una masa lisa de color rojo oscuro o blanco rosado que sobresale del conducto cervical por el orificio externo.
- Las **cicatrices obstétricas**, hacen pensar en pequeñas heridas en los labios cervicales, con un orificio externo de forma irregular.
- La **leucoplasia cervical**, se traduce por la presencia de una lesión blanca de superficie lisa, que no se puede retirar (antes de aplicar ácido acético) que es visible a simple vista y que se debe a la presencia de queratina. Puede deberse a una irritación crónica por cuerpos extraños, infección por VPH o neoplasia escamosa.

- Los **condilomas o las verrugas genitales**, corresponden a menudo a lesiones exofíticas múltiples que se observan en el cérvix, en la vagina, la vulva e incluso en región perianal. Pueden deberse a infección por algunos tipos de VPH, entre ellos los tipos 6 y 11.⁹

2.2.4 Cáncer de Cuello Uterino

De manera general, en las fases más tempranas de la invasión, el carcinoma cérvico-uterino puede no causar síntomas ni manifestaciones clínicas evidentes y, por consiguiente, se le conoce como carcinoma invasor preclínico. Las mujeres con cáncer invasor del cuello uterino, en un estado moderadamente avanzado o avanzado, tienen como manifestación inicial alguno o varios de los siguientes síntomas: sangrados intermenstruales, sangrados poscoitales, flujo seropurulento abundante, cistitis recurrente, dolor de espalda y en la parte inferior del abdomen, edema de las extremidades inferiores, obstrucción uretral e intestinal, cansancio debido a anemia intensa y caquexia.

Es decir que, conforme avanza la invasión del estroma, la enfermedad se vuelve clínicamente evidente y revela la presencia de varios tumores que son visibles en el examen con espéculo. Mientras las lesiones tempranas pueden presentarse como una zona de superficie rugosa, rojiza y granulosa que sangra al tacto, los cánceres más avanzados pueden a veces manifestarse por la presencia de una masa proliferativa, protuberante, similar a un hongo o una coliflor, pérdidas vaginales malolientes y hemorragias como se señaló.

Al proseguir la invasión, puede afectar la vagina, los parametrios, la pared de la pelvis, la vejiga urinaria y el recto. La compresión de los uréteres por afección local avanzada provoca obstrucción ureteral, hidronefrosis, y, a la larga, insuficiencia renal. Además de la invasión local se produce metástasis de los ganglios linfáticos regionales. La diseminación de las metástasis a distancia ocurre en una etapa tardía de la enfermedad. Tales metástasis afectan generalmente a los nódulos para-aórticos, los pulmones, el hígado los huesos y otros órganos.⁷

El sistema de clasificación más difundido para el carcinoma cérvico-uterino es el elaborado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Se trata básicamente de un sistema de clasificación clínica basado en el tamaño del tumor y la extensión del cáncer en la pelvis. El grado de crecimiento del cáncer se evalúa tanto clínicamente como mediante diversos estudios para determinar el estadio de la enfermedad, del I al IV. El estadio I representa un tumor limitado al cuello, mientras que el estadio IV corresponde a la fase de crecimiento en el cual el cáncer se ha diseminado por metástasis en los órganos distantes.⁹

2.4.5 Técnica de la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

La Inspección Visual con Ácido Acético consiste en examinar el cuello del útero sin necesidad de aumento bajo una luz brillante un minuto después de la aplicación de ácido acético diluido al 3-5% (Líquido similar al vinagre blanco). Al entrar en contacto con el ácido acético diluido, el tejido cérvico-uterino anómalo adquiere transitoriamente un color

blanquecino (“acetoblanco”), permitiendo evaluar de inmediato si el resultado es positivo (anormalidad) o negativo (normalidad).

Entonces se trata de una prueba sencilla, segura, rápida y asequible. Los resultados están disponibles de forma inmediata, permitiendo que el diagnóstico y/o el tratamiento se lleven a cabo en una visita única, siempre que sea posible.

Además la pueden realizar tanto médicos generales, obstetras como otro personal de salud, tras un período de capacitación. Por otra parte, la infraestructura y los insumos requeridos son los mismos de cualquier consulta (excepto el ácido acético). Todas estas características convierten a la IVAA en una opción enormemente factible en entornos con recursos limitados.⁷

Control Fisiopatológico

Se considera que el ácido acético entre 3- 5% causa coagulación o precipitación reversible de las proteínas celulares, edema del tejido epitelial, en particular del epitelio cilíndrico y de cualquier zona del epitelio escamoso,

deshidratación de las células y ayuda a 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 actividad nuclear intensa y un contenido en ADN elevado muestran cambios más intensos de COLORACIÓN BLANCO.

Las lesiones intraepiteliales (LIEB y LIEA) y los cánceres invasores experimentan una coagulación máxima debido a su mayor contenido de proteínas nucleares 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 (grueso y opaco, con bordes bien delimitados).⁹

La apariencia acetoblanca también podría observarse 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 (menos blanco, más delgado, a menudo translúcido y con una distribución difusa, sin bordes bien definidos).⁷

Instrumental y materiales

- Jabón y agua para lavarse las manos;
- Una fuente de luz potente para examinar el cuello uterino;
- Un espéculo sometido a desinfección de alto nivel (no necesariamente estéril);
- Guantes de exploración desinfectados en grado extremo o desechables (no necesariamente estériles);
- Mesa de exploración cubierta de tela o papel limpio;
- Hisopos o torundas de algodón;

- Solución de ácido acético diluido (3–5%) o vinagre blanco;
- Solución de cloro al 0,5% para descontaminar el instrumental y los guantes;
- Formulario de recogida de datos.¹⁰

Preparación de la usuaria para el examen

Suele exigirse como requisito a la realización de la toma de muestra para el Papanicolaou: la ausencia del período menstrual, el no uso de medicación vaginal tres días antes, y el no haber mantenido relaciones sexuales el día anterior.

Sin embargo, en nuestro medio en el cual resulta ya un logro que la mujer acceda a la consulta para realizarse la prueba citológica (y/o la IVAA), solamente la ausencia del período menstrual deberá ser el requisito exigido e incluso durante los primeros días del mismo en los cuales la hemorragia es más intensa de todas maneras lo responsable es examinar a la paciente y observar si las condiciones permitan una toma de muestra o la realización de la prueba de manera adecuada.

Pasos durante la IVAA ⁷

PASOS	PROCEDER	OBSERVACIONES
PASO 1	Inspeccione los genitales externos y áreas contiguas	Observe la presencia de secreciones vaginales. Busque signos de excoriaciones, edemas heridas, o ulceraciones, así que la presencia de vesículas, granos o verrugas. Debe también buscar en el área inguinal/femoral cualquier signo de hinchazón.
PASO 2	Introduzca suavemente el espéculo, Abriendo las valvas antes de entrar con contacto con el cuello	<p>Separe los labios menores con los dedos de mano menos hábil y con la otra mano sosteniendo el espéculo dirigiéndolo hacia el introito suavemente, si necesito lubricación utilice agua estéril (o hervida fría o tibia).</p> <p>En determinadas circunstancias el cérvix presenta cervicitis crónica o en casos de tumores cercales importantes el trauma que provoca el rozamiento de las valvas del espéculo puede causar hemorragia que posteriormente dificulta precisar su origen.</p>
PASO 3	Visualice clara y completamente el cuello uterino para proceder a fijar las hojas del espéculo	<p>A veces se presenta alguna dificultad para ver el cuello completamente, sobre todo por posiciones posteriores o anteriores extremas, o por su tamaño. En esos casos con suavidad y ayudado con torunda de algodón empújelo hasta mejorar la visibilidad. De la misma manera, si las paredes vaginales redundan la visión se puede utilizar los mismos insumos para empujarlas.</p> <p>Algunos especialistas recomiendan usar el extremo de un preservativo cortado y colocarlo previamente en las valvas del espéculo para que de esta manera al introducir y abrirlo (el preservativo) logre mantener las paredes vaginales retraídas.</p>
PASO 4	Mueva la lámpara de manera tal de conseguir una adecuada iluminación del cuello uterino	Tanto la correcta colocación del espéculo, como la fijación de sus hojas y la adecuada iluminación son pasos sumamente importantes para la correcta realización de la prueba.
PASO 5	Observe las características generales del cuello uterino	<p>Deben buscarse el ectropión, los pólipos cervicales, los quistes de Naboth, las cicatrices Obstétricas en los labios de leucoplasia, condilomas y cervicitis.</p> <p>Tras la menopausia, el cérvix tiene un aspecto pálido y frágil debido al estrechamiento y la atrofia del epitelio escamoso.</p> <p>Evalúe las características de las secreciones en términos de calidad, color, olor y consistencia. La visualización de una secreción transparente, mucinoso, de aspecto hilachoso, a partir del orificio extremo indica el periodo de ovulación.</p> <p>Durante la menstruación, es preferible volver a examinar a la paciente en una semana. Observe con cuidado la presencia de alguna tumoración.</p> <p>Use torundas de algodón (mejor si están humedecidos con agua estéril o solución salina) para limpiar cualquier secreción, hágalo con delicadeza, sin traumatizar el cérvix (sin raspar).</p> <p>En la candidiasis la secreción es blanco- grumosa, particularmente adherente, y si no se retira correctamente, puede confundirse con una lesión acetoblanca y llevar a un resultado falso-positivo.</p> <p>Si se va a realizar la toma de Papanicolaou, este es el momento adecuado.</p>

Pasos durante la IVAA ⁷

PASOS	PROCEDER	OBSERVACIONES
PASO 6	Identifique el orificio cervical, la unión escamocolumnar y la zona de transformación. Aplique un hisopo empapado con el ácido acético diluido a toda superficie del cuello uterino.	<p>Aplicar la torunda empapada con ácido acético por un minuto, retirar y observar cuidadosamente la aparición de lesiones acetoblancas. El epitelio cilíndrico se presenta rojizo y la zona de transformación cuyo límite superior se constituye por la unión escamoso-cilíndrica. Debe recordarse que las neoplasias cervicales se desarrollan en la zona de transformación más cercana de la unión escamocolumnar.</p> <p>Observe si el cuello sangra fácilmente, e identifique la presencia de placas blanquecinas. Puede volver a empapar el cuello nuevamente si la presencia de lesiones no es muy clara, recordando el tiempo necesario para que pueda hacer efecto el ácido acético.</p> <p>Recuerde Evaluar: La intensidad del color blanco de la lesión acetoblanca: si se trata de un blanco brillante, turbio, pálido o mate.</p> <p>Los bordes y límites de la lesión blanca: se trata de bordes delineados y netos o de bordes difusos y poco distintos- son bordes sobre-elevados o planos, son bordes regulares o irregulares.</p> <p>Si las lesiones son uniformemente blancas, o si la intensidad del color varía dentro de la lesión, o si existen zonas de erosión dentro de la lesión;</p> <p>Localización de la lesión: se sitúa dentro, cerca o lejos de la zona de transformación. Está contigua a la unión escamocolumnar. Penetra en el conducto cervical ocupa la totalidad de la zona de transformación o solo parte de ella. Afecta todo el cérvix (generalmente signo de un cáncer invasor preclínico temprano). El tamaño (alcance y dimensión) y número de lesiones.</p>
Se debe observar con cuidado la rapidez con la cual aparece y desaparece una determinada lesión acetoblanca.		
PASO 07	Proceda a retirar el ácido acético que suele acumularse en la vagina con torundas secas	
PASO 08	Retire con suavidad el espéculo	Una vez retirado el espéculo colóquelo en solución de cloruro al 0,5 para descontaminar.
PASO 09	Realice tacto vaginal (rectal si considera necesario)	Es importante evaluar las características del útero y los anexos, la presencia de tumoraciones, los parametrios, la presencia de una gestación, etc.
PASO 10	Coloque los guantes en solución de hipoclorito de sodio al 0.5% por 10 minutos	Si se realizó tacto rectal deseche los mismos en recipiente específico para desechos de material biológico.
PASO 11	Ayude a la usuaria a levantarse e invítela a cambiarse	Recuerde desechar todo el material utilizado como hisopos, gasa, etc.
PASO 12	Lávese las manos con agua y jabón	

Finalización de la prueba de la IVAA

Una vez finalizada la prueba quedan dos tareas importantes:



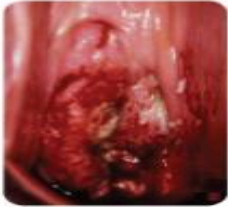
- Registrar los hallazgos en la hoja de atención o en su caso en la Hoja de Referencia.
- Explicar a la paciente en términos sencillos con claridad y evitando utilizar terminología médica:

- El resultado de la prueba.
- Las opciones de tratamiento (si corresponde)
- La necesidad de referirla a otro Servicio (si corresponde)
- La fecha para retornar a sus controles (por escrito)
- Pregúntele si tiene alguna duda

La comunicación debe ser equilibrada en cuanto a su contenido, no se debe afirmar un diagnóstico sobre el cual solo se tiene una sospecha (por ejemplo el observar una lesión acetoblanca no es sinónimo de cáncer); por otro lado cuando existe la necesidad de otros estudios (colposcopia) uno debe ser lo suficientemente persuasivo para que la usuaria comprenda la importancia de esa otra valoración. Tampoco se puede subvalorar los hallazgos y definitivamente cuando los resultados no están claros lo adecuado es volver a valorar a la paciente o referirla a un establecimiento de mayor complejidad. ⁷

2.2.6 Interpretación de los hallazgos

La prueba de Inspección Visual con Ácido Acético, debe ser clasificada en tres categorías:

CLASIFICACIÓN	IMAGEN	HALLAZGOS
PRUEBA (+) POSITIVA		Epitelio acetoblanco (de color blanco opaco, mate o blanco ostra) o placas blancas elevadas y gruesas, bien definidas, densas contiguas con la unión escamo-columnar.
PRUEBA (-) NEGATIVA		La ausencia de lesiones acetoblanco en el cuello. Epitelio uniforme, rosado, liso, ausencia de lesiones acetoblanco. Puede observarse: pólipo cervical, ectropión, cervicitis o quistes de Naboth. Lesiones acetoblanco(-no intensas) de contornos mal definidos, irregulares, sueltas, alejadas de la ZT.
SOSPECHA DE CÁNCER		Lesión ulcerosa, con aspecto de coliflor, fácilmente sangrante y proliferativa. Puede existir deformación de la anatomía del cuello uterino. Puede haber presencia de tejido necrótico

2.2.7 Papanicolaou

Definición

La prueba de Papanicolaou (prueba citológica o simplemente PAP) es un examen citológico cuyo objeto es

detectar células del cuello uterino anormales. El procedimiento consiste en efectuar un raspado de las células del cuello del útero y fijarlas en un portaobjetos de vidrio. Luego, los portaobjetos se envían a un laboratorio de citología donde son evaluados por un citólogo.³

Toma de muestra

Para disminuir los errores en la toma se han probado diferentes instrumentos de recolección de la muestra; la espátula de punta extendida parece ser mejor para la recolección de células endocervicales, que la espátula de Ayre que se usa tradicionalmente; pero en nuestros establecimientos de salud aún se utiliza la antes mencionada.

El uso de una espátula con citocepillo mejora el índice de toma de muestras adecuadas y es tres veces más efectiva que la espátula sola para recolectar células endocervicales. Por tanto, la combinación más eficaz parece ser el uso de citocepillo con espátula.

Los pasos previos son los mismos a la realización de la Inspección Visual con Ácido Acético además que pueden ser considerados pasos previos a cualquier examen ginecológico de rutina. Durante el cual se debe conseguir la colaboración de la paciente, disminuyendo la ansiedad que provoca este tipo de examen en particular estableciendo desde el principio un trato amable y cálido, explicando los pasos a seguir y realizando las maniobras con delicadeza.

Técnica

- Usuaría informada del procedimiento a realizar, preparada y en posición para examen ginecológico.
- No realizar tacto vaginal previo a la toma de la muestra.
- Introducir el espéculo vaginal; de ser necesario usar, como lubricante, agua o suero fisiológico hasta visualizar el cuello uterino.
- La toma adecuada exige la observación directa del cuello uterino y obtener muestras simultáneas de exocérvix y endocérvix, mediante el uso de cito-espátula de Ayre ó de Szalay.

- En caso de presencia de sangrado leve o flujo, la toma de la muestra se hará, previa limpieza cuidadosa del cuello uterino, con torunda de algodón seco.
- En las gestantes, el PAP se hará como parte de la atención prenatal. Está contraindicada la toma de muestra de endocérnix con citocepillo u otro elemento (para el exocérnix utilizar cito-espátula de Ayre).
- En las mujeres mayores de 45 años de edad o postmenopáusicas, donde la zona de transformación migra hacia el canal endocervical, es necesario obtener muestra del endocérnix, mediante la citoespátula de Szalay o citocepillo rotándolo en 360°.
- En caso necesario, cuando la limitación de recursos lo exija, se podrá tomar la muestra de endocérnix con hisopo de algodón introduciéndolo hasta 1.5 cm de profundidad, rotándolo en 360° por una sola vez. ³

Extensión y Fijación de la muestra

- El extendido se realizará lo más rápido posible, en la cara opuesta al papel de identificación de la lámina.

- El extendido en la lámina deberá ser lo más uniforme y delgado posible, evitando grumos.
- La muestra de exocérvix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina.
- La muestra de endocérvix se extiende longitudinalmente en la otra mitad de la lámina.
- Sumergir inmediata y completamente la lámina con el Papel de identificación en el fijador (alcohol etílico de 70° o 96°, contenido en un recipiente abierto, de boca ancha y cercana al operador).
- El tiempo de fijación mínimo es 15 minutos cuando se usa alcohol de 96° y de 30 minutos cuando se usa alcohol de 70°. Luego retirar la lámina y colocarla en un depósito de madera, plástico o cartón hasta el momento en que es enviada al laboratorio. ³

2.2.8 Sistema Bethesda. Anormalidades de células epiteliales

Células escamosas

1. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS: siglas en inglés).

2. Células escamosas atípicas, no se descarta lesión de alto grado (ASC-H)

3. Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado (LEIB), incluye:

- Presencia de Papiloma Virus Humano (PVH).
- Displasia Leve.

4. Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LEIA), incluye:

- Displasia Moderada.
- Displasia Severa.
- Carcinoma in situ.

5. Carcinoma de células escamosas.

Células glandulares

Anomalías de células glandulares de significado indeterminado (AGUS: siglas en inglés).

Nomenclatura de la Citología Cervical

Sistema Papanicolaou	Richard	Bethesda
Normal		
Displasia leve	NIC I	Lesión intraepitelial de bajo grado, PHV
Displasia moderada	NIC II	Lesión intraepitelial de alto grado, PHV
Displasia severa	NIC III	Lesión intraepitelial de alto grado, PHV
Carcinoma in situ	NIC III	Lesión intraepitelial de alto grado, PHV
Carcinoma invasor		

Muestra insatisfactoria

Indica que es inadecuada para la detección de anomalías epiteliales cervicales, por lo que se tiene que tomar una nueva muestra de citología cervical en un periodo no mayor de 6 semanas.³

2.2.9 Valoración de la eficacia de una prueba

Para que empecemos a valorar la eficacia de una prueba, debemos de definir ciertos conceptos. Antes que nada el Diagnóstico puede ser considerado como el más importante resultado médico, pero tiene más importancia para el paciente, ya que elimina la incertidumbre de saber que anda mal en él y no saber que es. Pero también se debe recordar que muchas veces no se puede saber con certeza. Llamamos Prueba Diagnóstica a cualquier proceso, que pretenda determinar en un paciente la presencia de cierta condición patológica o no. Dentro de los Indicadores Estadísticos Básicos para evaluar el desempeño de un procedimiento Diagnóstico. La evaluación del desempeño de una Prueba Diagnóstica comienza con la cuantificación de la magnitud de los errores que pueden cometerse o su inverso,

la magnitud de los aciertos que se cometen al intentar “adivinar” un diagnóstico a partir de los resultados que brinda dicho procedimiento.

La Sensibilidad y Especificidad: son medidas tradicionales básicas del Valor Diagnóstico de una prueba. Miden la discriminación diagnóstica de una prueba en relación a un criterio de referencia. Ambos comparan la eficacia de una prueba.

PRUEBA DIAGNÓSTICA	CRITERIOS DE VERDAD		TOTAL
	ENFERMOS	NO ENFERMOS	
POSITIVA	a) Verdaderos Positivos	b) Falsos Positivos	a+b= Total Positivos
NEGATIVA	c) Falsos Negativos	d) Verdaderos Negativos	c+d= Total Negativos
TOTAL	a+c= Total de Enfermos	b+d= Total de No Enfermos	a+b+c+d= Total de casos

La Sensibilidad(S) indica la capacidad de la prueba para detectar a un sujeto enfermo, es decir, expresa cuan “sensible” es la prueba para a la presencia de la enfermedad. Para cuantificar, se utilizara términos: si la enfermedad está presente ¿Cuál es la probabilidad de que el resultado sea positivo?

La respuesta: es una expresión en términos de probabilidad condicional.

$$S = \frac{\text{Verdaderos Positivos}}{\text{Verdaderos Positivos} + \text{Falsos Negativos}}$$

Es decir, la probabilidad de que la prueba identifique como enfermo a aquel que efectivamente lo está.

La Especificidad (E) indica la capacidad que tiene la prueba de identificar como sanos (no enfermos) a los que realmente lo son. Se define entonces también como la probabilidad condicional

$$E = \frac{\text{Verdaderos Negativos}}{\text{Falsos Positivos} + \text{Verdaderos Negativos}}$$

Es decir, la Especificidad es la probabilidad de que la prueba identifique como no enfermo a aquel que efectivamente lo está.

Valores Predictivos

A pesar que la Sensibilidad y la Especificidad se consideran las características operacionales fundamentales de una Prueba Diagnóstica, en la práctica su capacidad de cuantificación de la incertidumbre médica es limitada. Se necesita más bien evaluar la medida en que sus resultados

modifican realmente el Grado de conocimiento que tenía sobre el estado del paciente. Concretamente, le interesa conocer la probabilidad de que un individuo para el que se haya obtenido un resultado positivo, sea efectivamente un enfermo, y lo contrario conocer la probabilidad de que un individuo con un resultado negativo esté efectivamente libre de enfermedad. Las medidas o indicadores que responden a estas interrogantes se conocen como valores predictivos.

El Valor Predictivo de una Prueba Positiva (VPP): Probabilidad condicional de que los individuos con una Prueba Positiva tengan realmente la enfermedad.

VPP= Verdaderos Positivos / Total de Positivos

El Valor Predictivo de una Prueba Negativa: Probabilidad condicional de que los individuos con una Prueba Negativa no tengan realmente la enfermedad.

VPN= Verdaderos Negativos / Total de Negativos

Entonces: La Sensibilidad es una prueba diagnóstica de alta sensibilidad es útil en contextos clínicos donde el hecho de no diagnosticar genera más problemas que el exceso de diagnósticos. En caso de tamizaje, que se realiza aplicando una Prueba Diagnóstica que otorgue resultados válidos y

confiables, que sea de bajo costo, fácil realización y mínima incomodidad para el usuario. La Especificidad es una Prueba Diagnóstica de alta Especificidad es útil para confirmar o descartar una enfermedad o eventos de interés.

Una prueba de detección ideal tendrá una gran sensibilidad y una gran especificidad a la vez. En la actualidad no se dispone de una prueba con estas características para la detección del precáncer ni del cáncer cérvico uterinos. El peligro de la baja sensibilidad es que algunas mujeres enfermas no serán detectadas como tales; el peligro de la poca especificidad es que algunas mujeres sanas serán remitidas innecesariamente a otros sitios para efectuar diagnósticos o tratamientos adicionales.

El Valor Predictivo de un resultado depende en gran parte de lo común que sea la enfermedad bajo estudio, esto es, cuando la prevalencia (P) es baja, la obtención de un resultado negativo permitirá descartar con mayor seguridad la enfermedad, teniendo entonces un valor predictivo negativo mayor. Por el contrario, un resultado positivo no permitirá confirmar el diagnóstico, teniendo entonces un bajo valor predictivo positivo. Respecto a los valores óptimos o

esperados que deben asumir los valores predictivos de una prueba, hasta ahora no se han propuesto niveles deseables en particular. Sin embargo, se asume que si el valor es menor al 50%, es probable que realmente no se encuentre la enfermedad presente, lo que significa que a más alto valor, el pronóstico es más valioso. ¹⁴

Para calcular la prevalencia:

$$P = \text{Total de Enfermos} / \text{Total de casos}$$

2.3 Definición de términos

2.3.1 Carcinoma In Situ

Neoplasia premaligna que no ha invadido la membrana basal aunque muestra características citológicas de tumor maligno. Estos cambios neoplásicos se observan con cierta frecuencia en los epitelios escamosos estratificados y glandulares del cuello uterino, ano, bronquios, mucosa bucal, esófago, ojos, labios, pene, endometrio uterino, vagina y en lesiones de queratosis senil.¹²

2.3.2 Colposcopía

Examen de la vagina y del cuello uterino utilizando un instrumento endoscópico de aumento, el colposcopio, que permite la observación directa y el estudio de las células vaginales y cérvico-uterinas in vivo, después de la aplicación de una solución de ácido acético.¹

2.3.3 Factores de Riesgo

Toda característica o circunstancia que cuando está en un individuo se asocia a la probabilidad de sufrir un daño. La probabilidad que tienen grupos de poblaciones, uno con factor de riesgo y otro sin ese factor, nos permite estimar la asociación entre la exposición y el riesgo de presentar un daño en base a las medidas de asociación.¹

2.3.4 Biopsia

Procedimiento quirúrgico para extraer una muestra de tejido cérvico-uterino para efectuar el análisis histopatológico.¹

2.3.5 Sistema de clasificación de Bethesda

Un sistema propuesto en 1988 por el Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU., que utiliza dos grados solamente para notificar afecciones precursoras de cáncer cérvico-uterino: lesiones intraepiteliales escamosas (bien diferenciadas) de grado bajo (LGSIL), que abarcan la atipia celular y la CIN I; y las lesiones intraepiteliales escamosas de grado alto (HGSIL), que comprenden la CIN II, III y el CIS.¹

2.3.6 Sistema de clasificación de la Neoplasia Intraepitelial del Cuello Uterino(NCI)

Introducido en los años sesenta, el sistema de clasificación del Instituto Nacional del Cáncer para presentar los resultados citológicos (prueba de Papanicolaou) califica la gravedad de las lesiones del cuello uterino de tal forma que la displasia cérvico-uterina leve se clasifica como CIN I; la moderada como CIN II; y la grave como CIN III.¹

2.3.7 Crioterapia

Método de tratamiento ambulatorio que emplea temperaturas sumamente bajas (LIST) para congelar y destruir el tejido anormal.¹²

2.3.8 Displasia del Cuello Uterino

Anomalía del epitelio cervical. Es uno de varios términos intercambiables utilizado para describir este proceso de enfermedad. Otros términos son neoplasia intraepitelial cervical (CIN) o lesión intraepitelial escamosa (SIL).¹

2.3.8 CONO LEEP

La Conización con Asa Electro quirúrgica es conocida como CONO LEEP, por sus siglas en inglés (Loop Electro Excision Procedure). Este es un procedimiento quirúrgico relativamente sencillo que se utiliza en el diagnóstico y tratamiento del Cuello Uterino (Cérvix), que es la parte visible del útero. El procedimiento se realiza en pacientes seleccionadas cuando la prueba de Papanicolaou es anormal (Positiva) con resultado de Lesión Escamosa

Intraepitelial o cuando se presenta resultado Histológico indicativo de lesión de alto grado (Displasia Moderada, Severa y Carcinoma In Situ) o colposcopia sugestiva.¹³

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y Diseño de la investigación

La investigación científica es de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Se tomó a todas las mujeres que acuden al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado para la Inspección Visual con Ácido Acético, en el año 2014, que hizo una población de 675 mujeres.

3.2.2 Muestra

Se consideró a todas las mujeres que acuden al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado para la Inspección Visual con Ácido Acético cuyo resultado es positivo, en el año 2014, siendo un total de 209 mujeres. El tipo de muestreo es No Probabilístico Intencional, por criterio de inclusión.

3.2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Mujeres tamizadas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, que se tengan como resultado a la Inspección Visual con Ácido Acético positivo.

Criterios de exclusión

Mujeres tamizadas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, que se tengan como resultado a la Inspección Visual con Ácido Acético Negativo.

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA
Valor Predictivo de la Inspección Visual con Ácido Acético	Es la capacidad para predecir una enfermedad, al realizar un ensayo o estudio.	Prevalencia	Prevalencia	Razón
		Sensibilidad	Sensibilidad	
		Especificidad	Especificidad	
		Valor Predictivo Positivo	Valor Predictivo Positivo	
		Valor Predictivo Negativo	Valor Predictivo Negativo	
Intervinientes	Variables que apoyan a la investigación	Edad	15-21 años	Razón
Edad			22-28 años	
			29-35 años	
			36-42 años	
			43-49 años	
			50 años a más	
Paridad		Paridad	Nulípara	Nominal
			Primípara	
			Multipara	
Abortos		Abortos	1	Nominal
			2	
			3 a más	
Amenorrea		Amenorrea	Si	Nominal
	No			
Inicio de Relaciones Sexuales	Inicio de Relaciones Sexuales	Menores de 13 años	Razón	
		13 -15 años		
		16-18 años		
		19-21 años		
Parejas Sexuales	Parejas Sexuales	22 años a más	Razón	
		1 pareja		
		2 parejas		
		3 parejas		
Antecedente de ITS	Antecedente de ITS	4 parejas	Nominal	
		Si		
		No		

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA
Diagnóstico Ginecológico	Variables que apoyan a la investigación	Diagnóstico Ginecológico	Aparentemente Sano	Nominal
			Síndrome de flujo vaginal	
			Pólipos Cervicales	
			Quistes de Naboth	
			Cervicitis	
			Otros	
Nº de Papanicolau		Nº de Papanicolau	Nunca	Nominal
			1 vez	
			2 veces	
			3 veces	
	4 veces a más			
Método Anticonceptivo	Método Anticonceptivo	Ninguno	Nominal	
		Dispositivo Intrauterino		
		Anticonceptivo Oral Combinado		
		Inyectable		
		Barrera		
		Ritmo		
		Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria		
		Método de Lactancia Materna		
Resultado de Papanicolau	Resultado de Papanicolau	Negativo	Nominal	
		ASCUS		
		ASC-H		
		LEIB		
		LEIA		
		Carcinoma		
		AGUS		
		Muestra insatisfactoria		
Resultado de Biopsia	Resultado de Biopsia	Cervicitis Crónica	Nominal	
		Displasia Leve de cérvix		
		Displasia Moderada de cérvix		
		Displasia Severa de cérvix		
		Carcinoma In situ		
Tramamiento según resultado de Biopsia	Tramamiento según resultado de Biopsia	Crioterapia	Nominal	
		CONO LEEP		

3.4 Técnicas e instrumentos para recolección de datos

3.4.1 Métodos

El método de recolección de datos utilizado es la encuesta, utilizando un cuestionario, el cual está destinado a obtener respuestas sobre el problema de estudio.

3.4.2 Técnica

La elaboración y ejecución de la investigación se realizó mediante la aplicación de fichas de recolección de datos pre-elaboradas, dirigido a la muestra seleccionada.

3.4.3 Instrumento

En el cuestionario utilizado, se formularon 14 preguntas, destinados a medir la variable de estudio, para obtenerse la información deseada. Se consideraron preguntas dicotómicas como: IVAA Positivo, Amenorrea, Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual; de respuesta múltiple como: Diagnóstico Ginecológico, Método Anticonceptivo, Resultado de Papanicolaou, Resultado de Biopsia y Tratamiento según

Biopsia; también se plantearon preguntas abiertas como: Edad, Paridad, Abortos, Edad de Inicio de Relaciones Sexuales, Número de Parejas Sexuales, Número de Papanicolaou. El Instrumento, es de elaboración propia de la autora de la tesis, el cual se encuentra debidamente validado.

3.5 Procesamiento y análisis de datos

Durante el año 2014, se realizaron campañas de despistaje de Cáncer de Cuello Uterino Gratuitamente, a las cuales se les dio una consejería en este cáncer, se les explicó cuáles eran las pruebas que se estaban realizando en nuestro Hospital. Se procede entonces a la toma de datos, se absuelven preguntas de las usuarias de salud en general. Luego, se procedió a realizar primero la toma de la muestra para Papanicolaou y luego la IVAA, tomándose en cuenta los factores de riesgo, en caso que no sean mujeres de la población objetivo de la prueba de IVAA (30 a 50 años). Se procedió a coordinar una fecha de cita para que sea evaluada por el Ginecólogo, quien vuelve a repetir la IVAA y decide tomar o no una Biopsia; las muestras de PAP y de las Biopsias son enviadas a Lima para su análisis, lo que tiene un promedio de entrega de resultados de 45 días. Al llegar los

mismos, se resuelve que medida tomar: Crioterapia, CONO LEEP o de referir a las pacientes a Establecimientos Especializados.

La ejecución del presente proyecto se desarrolló los Consultorios Externos de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado – Madre de Dios, previa coordinación con la Jefa del Servicio de Obstetricia y la autorización de la Obstetra a cargo del programa de Cáncer de Cuello Uterino, la cual permite el acceso a la información recopilada en el Registro Citológico y Registro de IVAA, del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, donde se consignan los datos recabados. Se vació los datos obtenidos en una base del programa SPSS versión 22.

Para el análisis de los datos obtenidos y teniendo en cuenta la variable de estudio, se utilizó:

- Cuadros Estadísticos.
- Representaciones gráficas.
- Consideraciones obtenidas del trabajo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 1

IVAA POSITIVO SEGÚN LA EDAD

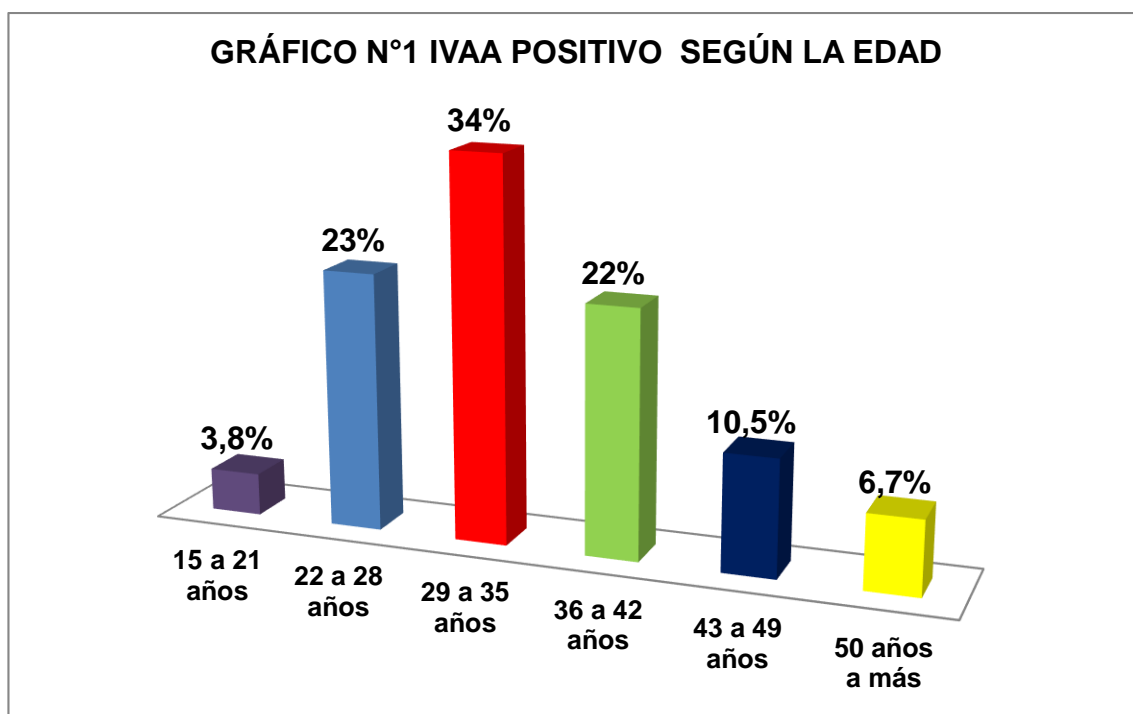
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 a 21 años	8	3.8%
22 a 28 años	48	23%
29 a 35 años	71	34%
36 a 42 años	46	22%
43 a 49 años	22	10.5%
50 años a más	14	6.7%
TOTAL	209	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

La IVAA positivo según la edad, se aprecia que el 34% de la muestra tiene una edad oscila entre los 29 a 35 años, un 23% en las edades de 22 a 28 años, seguido por, un 22% en las edades de 36 a 42 años, un 10.5% entre los 43 a 49 años, el 6.7% con una edad de 50 años a más, y por último con una edad de 15 a 21 años reflejado en un 3.8%.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”



Fuente: Elaboración personal, Tabla N°1

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 2
IVAA POSITIVO SEGÚN LA PARIDAD

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nulípara	13	6.2%
Primípara	44	21.1%
Múltipara	152	72.7%
TOTAL	209	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La IVAA positivo según paridad, podemos observar que el 72.7% de las mujeres son múltiparas, es decir, han tenido 2 o más partos, un 21.1% de las mujeres son primíparas y un 6.2% son nulíparas, es decir, no han dado parto ninguna vez.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 3
IVAA POSITIVO SEGÚN EL NUMERO DE ABORTOS

ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ningún aborto	87	41.6%
1 aborto	75	35.9%
2 abortos	27	12.9%
3 ó más abortos	20	9.6%
TOTAL	209	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La IVAA positivo según el número de abortos, se observa que el 41.6% de las mujeres no tiene ningún antecedente de aborto, el 35.9% de la muestra ha tenido un aborto, el 12.9% presentó 2 abortos y el 9.6% presentó 3 o más abortos.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 4

IVAA POSITIVO SEGÚN AMENORREA

AMENORREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	23	11%
No	186	89%
TOTAL	209	100%

Fuente: Recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La IVAA positivo según amenorrea, se aprecia que el 89% de las mujeres no presenta amenorrea, por lo cual podemos deducir que son mujeres en edad fértil, mientras que el 11% ya han dejado de menstruar, por lo cual, estarían cursando la menopausia.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 5
IVAA POSITIVO SEGÚN LA EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

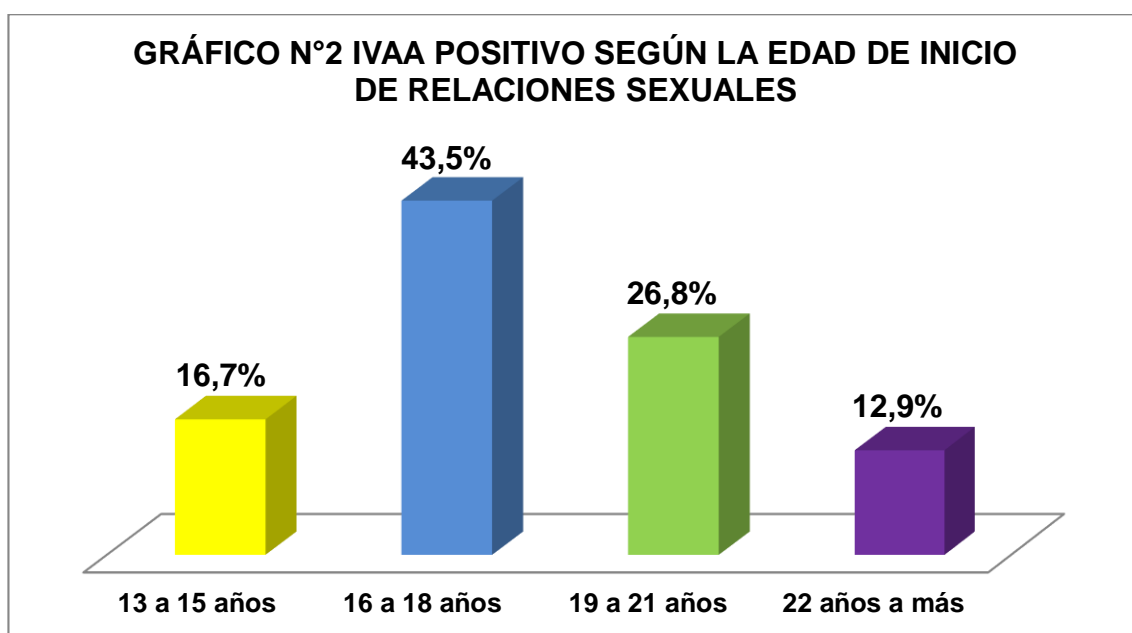
EDAD DE IRS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13 a 15 años	35	16.7%
16 a 18 años	91	43.5%
19 a 21 años	56	26.8%
22 años a más	27	12.9%
TOTAL	209	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La IVAA positivo según la edad de inicio de relaciones sexuales, se observa que el 43.5% de las mujeres han iniciado su vida sexual con una edad entre los 16 a 18 años, seguido por el 26.8% con una edad entre los 19 a 21 años, el 16.7% con una edad entre los 13 a 15 años y un 12.9% con una edad de 22 años a más.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”



Fuente: Elaboración personal, Tabla N°5

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO
ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-
MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 6

IVAA POSITIVO SEGÚN EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

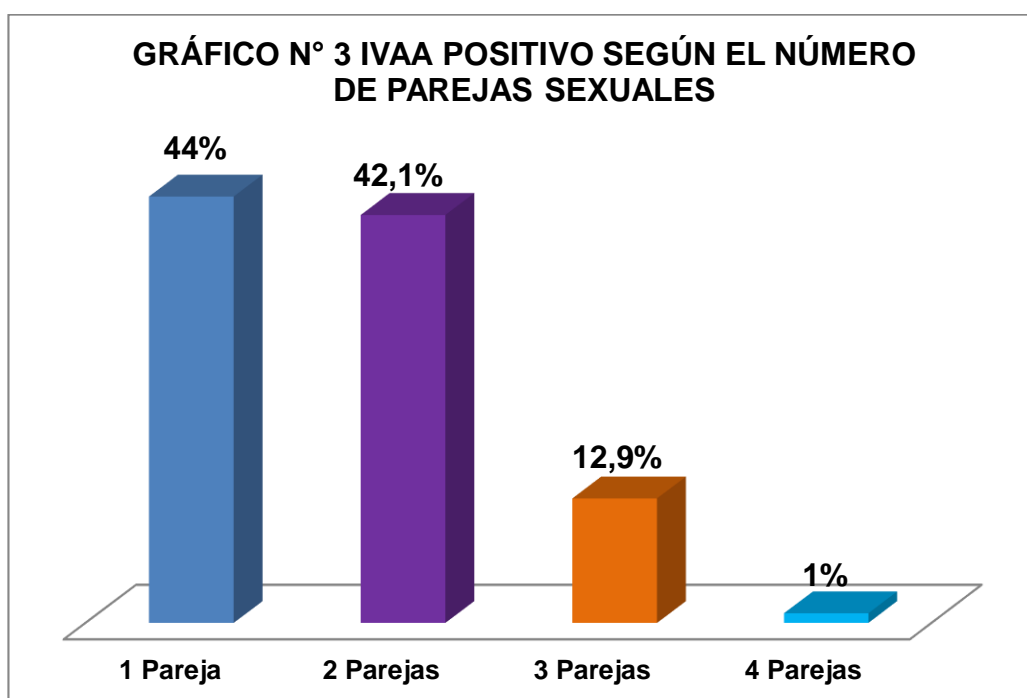
PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 Pareja	92	44%
2 Parejas	88	42.1%
3 Parejas	27	12.9%
4 Parejas	2	1%
TOTAL	209	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La IVAA positivo según el número de parejas sexuales, podemos observar que el 44% de las mujeres tienen una sola pareja sexual, mientras que el 42.1% ha tenido 2 parejas sexuales, el 12.9% tuvo 3 parejas sexuales y el 1% ha tenido 4 parejas sexuales.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”



Fuente: Elaboración personal, Tabla N°6

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 7

IVAA POSITIVO SEGÚN LOS ANTECEDENTES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

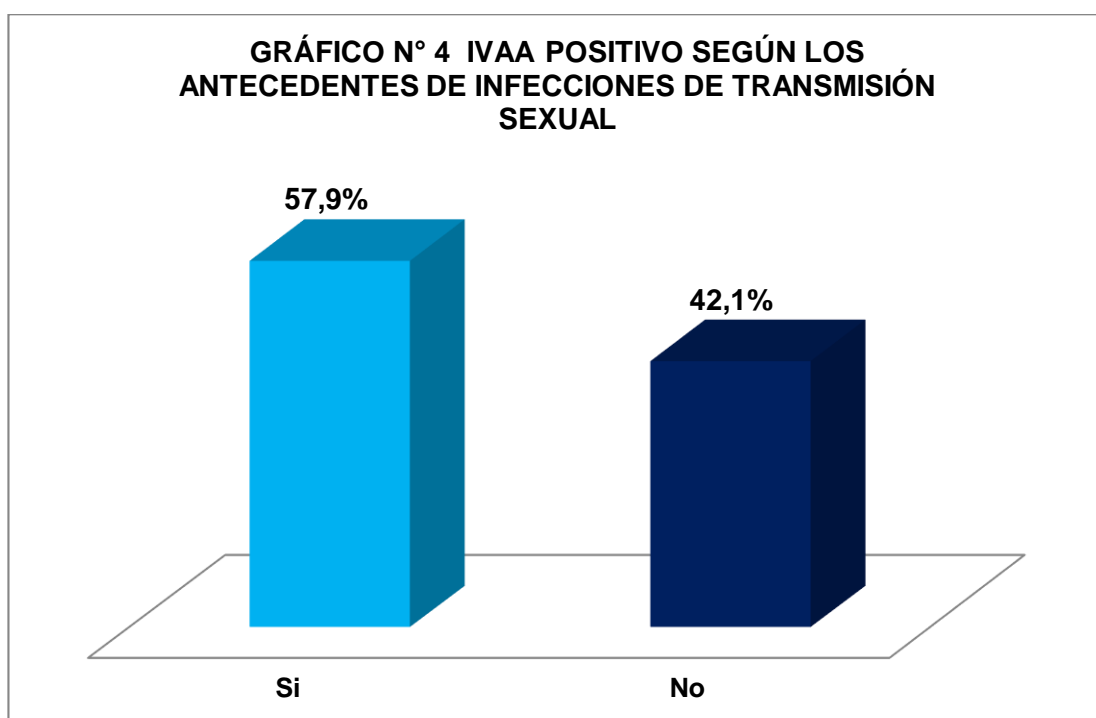
ANTECEDENTES DE ITS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	121	57.9%
No	88	42.1%
TOTAL	209	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La IVAA positivo según en los antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se aprecia que el 57.9% de la muestra si presento alguna ITS como antecedente, mientras que el 42.1% respondió que no ha presentado ninguna ITS.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”



Fuente: Elaboración personal, Tabla N°7

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 8

IVAA POSITIVO SEGÚN EL DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO

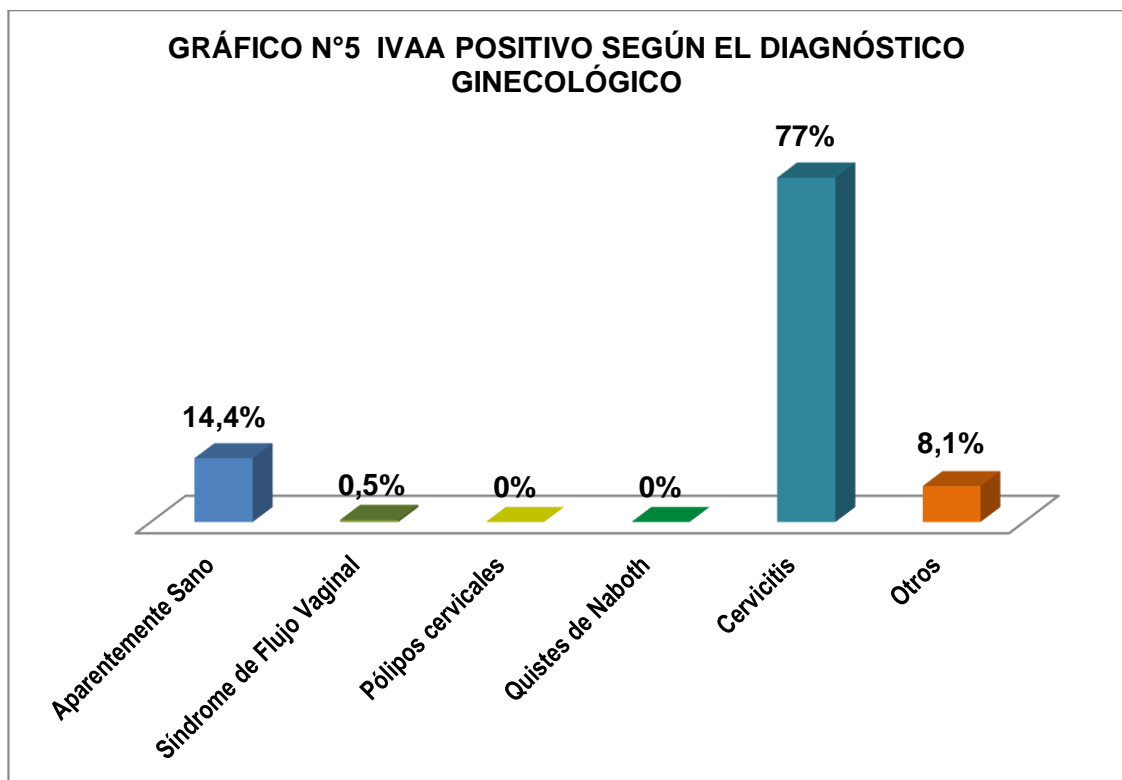
DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aparentemente Sano	30	14.4%
Síndrome de Flujo Vaginal	1	0.5%
Pólipos cervicales	0	0%
Quistes de Naboth	0	0%
Cervicitis	161	77%
Otros	17	8.1%
TOTAL	209	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La IVAA positivo según el Diagnóstico Ginecológico, el 77 % de las mujeres que se realizaron el tamizaje presentaron Cervicitis al momento de la inspección, en un 14.4% se observó que el cérvix se encontraba aparentemente sano, un 8.1% tuvieron otros diagnósticos (como a descartar LEIB, LEIA, Carcinoma), el 0.5% que representa a una persona, presentó síndrome de flujo vaginal. No hubo diagnósticos para pólipos cervicales, ni para Quistes de Naboth.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”



Fuente: Elaboración personal, Tabla N° 8

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 9
IVAA POSITIVO SEGÚN EL NÚMERO DE PAPANICOLAOU REALIZADOS

NÚMERO DE PAP	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	9	4.3%
1 vez	70	33.5%
2 veces	85	40.7%
3 veces	36	17.2%
4 a más veces	9	4.3%
TOTAL	209	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La IVAA positivo según el número de Papanicolaou realizados, se aprecia que el 40.7% se ha realizado 2 veces el tamizaje de PAP, un 33.5% se lo realizó una vez, el 17.3% lo ha realizado 3 veces, mientras que el 4.3% lo ha realizado más de 4 veces, teniendo el mismo porcentaje las mujeres que nunca se realizado éste examen.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO
ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-
MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 10

IVAA POSITIVO SEGÚN EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USO

MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	93	44.5%
Anticonceptivo Oral Combinado	35	16.7%
Inyectable	42	20.1%
Barrera	21	10%
Ritmo	9	4.3%
Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria	4	1.9%
Método de Lactancia Exclusiva	4	1.9%
Implante	1	0.5%
TOTAL	209	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La IVAA positivo según el método anticonceptivo en uso, se observa que el 44.5% de las mujeres no utilizan ningún método, el 20.1% prefiere utilizar el Inyectable, el 16.7% utiliza el Anticonceptivo Oral Combinado, el 10% usa el Preservativo, el 4.3% prefiere el Método Natural de Ritmo, un 1.9% se ha realizado la Ligadura de Trompas, de igual porcentaje el Método de Lactancia Materna y un 0.5% el Implante.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 11

IVAA POSITIVO SEGÚN EL RESULTADO DE PAPANICOLAOU

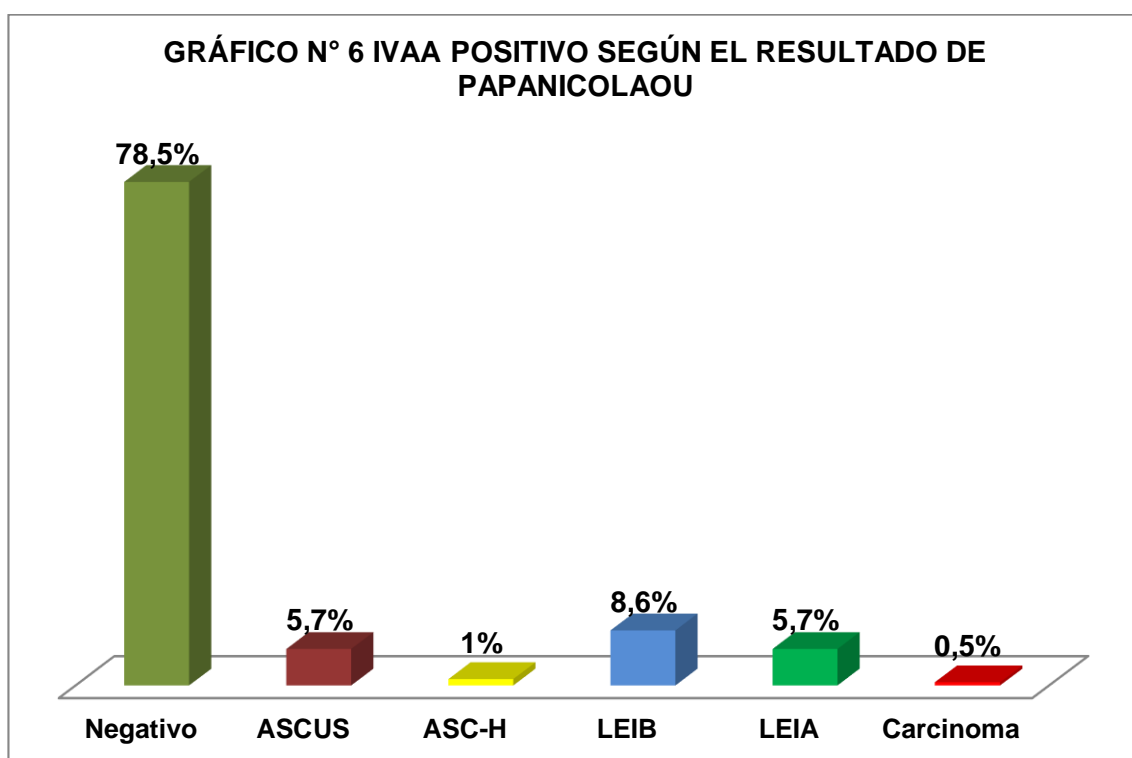
RESULTADO DE PAPANICOLAOU	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Negativo	164	78.5%
ASCUS	12	5.7%
ASC-H	2	1%
LEIB	18	8.6%
LEIA	12	5.7%
Carcinoma	1	0.5%
TOTAL	209	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La IVAA positivo según el resultado de Papanicolaou, se aprecia el 78.5% tiene como resultado Negativo, el 8.6% presenta una Lesión Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado (LEIB), el 5.7% presenta Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LEIA) con un porcentaje similar encontramos al resultado de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), con menores porcentajes se encuentran las células escamosas atípicas, en la que no se destaca lesión de alto grado (ASC-H) con un 1% y 0.5% el Carcinoma.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”



Fuente: Elaboración personal, Tabla N°11

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 12

IVAA POSITIVO SEGÚN RESULTADO DE PAPANICOLAOU Y RESULTADO DE BIOPSIA

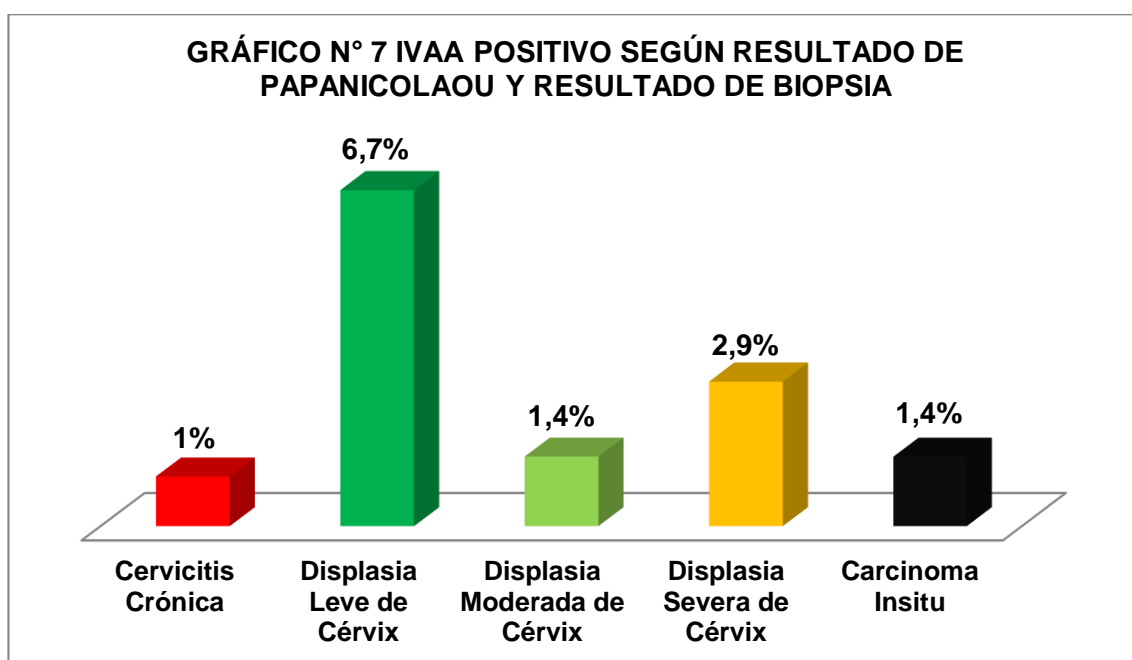
RESULTADO DE BIOPSIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cervicitis Crónica	2	1%
Displasia Leve de Cérvix	14	6.7%
Displasia Moderada de Cérvix	3	1.4%
Displasia Severa de Cérvix	6	2.9%
Carcinoma Insitu	3	1.4%
TOTAL	28	13.4%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La IVAA positivo según el resultado de Papanicolaou y resultado de Biopsia, se realizó a 28 mujeres (13.4% del total de la muestra) una Biopsia de cérvix, obteniéndose como resultado que, el 6.7% tiene como resultado Displasia Leve de Cérvix, el 2,9% Displasia Severa de Cérvix, Carcinoma In Situ y Displasia Moderada 1.4% en ambos casos, y 1% presento Cervicitis Crónica.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”



Fuente: Elaboración personal, Tabla N°12

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 13

IVAA POSITIVO SEGÚN RESULTADO DE BIOPSIA Y TRATAMIENTO CON CRITOTERAPIA Y CONO LEEP.

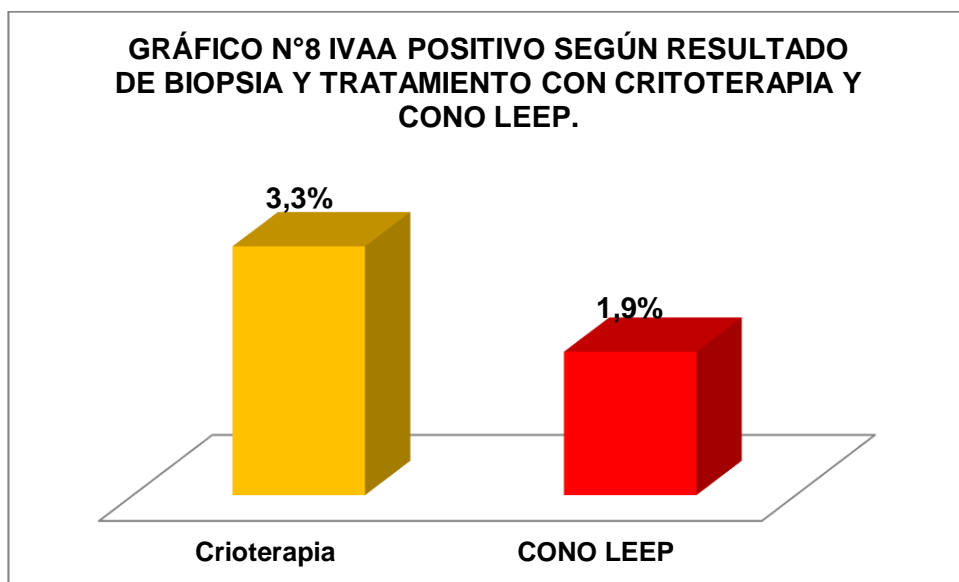
TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Crioterapia	7	3.3%
CONO LEEP	4	1.9%
TOTAL	11	5.2%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La IVAA positivo según el resultado de Biopsia y tratamiento con Crioterapia y Cono LEEP, 11 mujeres recibieron estos tratamientos (del 5.2% del total), el 3.3% recibió Crioterapia, mientras que el 1.9% se le realizó Cono LEEP.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”



Fuente: Elaboración personal, Tabla N°13

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N° 14

PREVALENCIA, SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD Y VALORES PREDICTIVOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA IVAA

IVAA	PACIENTES (+)	PACIENTES (-)	TOTAL
POSITIVO	a) 45	b) 164	a+b= 209
NEGATIVO	c) 28	d) 438	c+d= 466
TOTAL	a+c= 73	b+d= 602	a+b+c+d= 675

Fuente: Registro Citológico – Hospital Santa Rosa 2014.

- **Prevalencia** = $a+c/a+b+c+d = 73/675 = 10.8\%$
- **Sensibilidad(S)** = $a/a+c = 45/73 = 61.6\%$
- **Especificidad(E)** = $d/b+d = 438/602 = 72.7\%$
- **Valor Predictivo Positivo(VPP)** = $a/a+b = 45/209 = 21.5\%$
- **Valor Predictivo Negativo(VPN)** = $d/c+d = 438/466 = 93.9\%$

INTERPRETACIÓN

Como se observa en la tabla N° 14 de valor de prevalencia, sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos y negativos de la IVAA, podemos observar que la prevalencia de es de 10.8%, es decir, es la proporción de pacientes con lesiones cancerosas, de nuestra población total tamizada. Se obtiene que la IVAA, tiene una sensibilidad del 61.6% y una especificidad del 72.7%; tiene un valor predictivo positivo del 21% y un valor predictivo negativo del 93.9%.

“VALOR PREDICTIVO DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PUERTO MALDONADO-MADRE DE DIOS-2014”

TABLA N°15
COMPARACIÓN DE LA IVAA Y EL PAPANICOLAOU

	POSITIVO		NEGATIVO	
	N°	%	N°	%
IVAA	209	31	466	69
PAP	73	11	602	89

Fuente: Tabla N°14

INTERPRETACIÓN

En la tabla N°15 de comparación de la IVAA y el Papanicolaou, podemos observar que en la IVAA, se tiene como resultado Positivo en un 31%, en comparación con los resultados de Papanicolaou, que en un 11% presentan Lesiones Cancerosas; mientras que un 69% es IVAA Negativo, el 89% es Negativo para Lesión Intraepitelial, en los resultados de Papanicolaou,

4.2 DISCUSIÓN

La Inspección Visual con Ácido Acético, es una prueba realizada por el profesional de salud, en primera instancia realizada por las/los Obstetras. Es una prueba rápida y segura. A la población femenina tamizada, según el resultado de las pruebas diagnósticas de detección de lesión precancerosas, se les realizaron: Biopsias, Crioterapias y CONO LEEP, ya que las usuarias de salud, desean un tratamiento contiguo. Se tiene concordancia con del Valle en el estudio “Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en la Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino – Estudio Comparativo. 2009”⁴, en donde señala que en zonas donde los servicios de citología están presente la Inspección Visual con Ácido Acético, ayuda a un resultado y seguimiento inmediato, debiendo ser considerada como complemento de la citología exfoliativa para fortalecer la detección de patologías neoplásicas y preneoplásicas.

En nuestro estudio encontramos que, más de la mitad de las pacientes presentaron Infecciones de Transmisión Sexual en algún momento de su vida, al momento de la especuloscopia, solo el 14.4% presentaban un cuello aparentemente sano y del total de pacientes solo 45 de ellas, eran verdaderos positivos, es decir, ya

sea que el cuello uterino haya presentado o presente alguna enfermedad, puede ser un condicionante para obtener un resultado verdadero positivo, se coincide con la Organización Panamericana de la Salud en “Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), Reseña Crítica y Artículos Seleccionados. Washington. 2003”⁵, que menciona que la especificidad baja de la Inspección Visual con Ácido Acético, se debe a la prevalencia alta subyacente de las Infecciones de Transmisión Sexual, vemos entonces que, mientras no se trate las enfermedades actuales, se va a seguir obteniendo resultados no confiables, disminuyendo considerablemente la sensibilidad de la prueba.

Al realizarse el tamizaje, se encontró una prevalencia del 10.8%, considerándose los resultados positivos y negativos de ésta prueba diagnóstica, realizándose un contraste con los resultados de la citología, se encontró Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto y Bajo Grado, así como también Carcinoma; en la sensibilidad y especificidad, se encuentra en 61.6% y 72.7% respectivamente, en el estudio de Carrizo “Valor Diagnóstico de la Inspección Visual con Ácido Acético en la Lesión Intraepitelial Cervical. Maracaibo. 2012”⁶, menciona que la sensibilidad de la prueba es de 66.6% de la especificidad del 96.9%, lo que nos hace pensar que al valorar

esta prueba, es importante la definición de las personas verdaderamente afectadas por la enfermedad, de las que no; en el caso del valor predictivo positivo y negativo, se basa en la prevalencia; en los casos de sensibilidad y especificidad, valor predictivo positivo y negativo, tiene que ser fundamental el diagnóstico que otorgue el personal de salud al terminar de realizar el tamizaje, ya que no solo depende de lo observable, sino también de la interpretación de la misma.

En los resultados que se encontraron luego de realizar la biopsia, se les dio tratamiento, como el CONO LEEP, y la Crioterapia, ya que se encontraron: Displasias de Cérvix en sus tres grados(Leve, Moderada, Severa), Cervicitis Crónica, y Carcinoma In Situ, permite entonces dar mayor énfasis a un tratamiento inmediato, concordando con La Organización Panamericana de la Salud en “Prevención del cáncer cérvico-uterino en el Perú: Lecciones aprendidas del proyecto demostrativo Tamizaje y Tratamiento Inmediato (TATI). Washington. 2006”¹, que incluso propone al realizarse el proyecto TATI, en San Martín, el impulso para la recepción de la Crioterapia en Establecimientos de Atención Primaria.

CONCLUSIONES

Primera

En la Inspección Visual con Ácido Acético, el Valor Predictivo Positivo, es decir, la probabilidad condicional de que los individuos con una prueba positiva tengan realmente la enfermedad es del 21.5% y tiene un Valor Predictivo Negativo, es decir, la probabilidad condicional de que los individuos con una Prueba Negativa no tengan realmente la enfermedad es del 93.9%.

Segunda

En los intervinientes relacionados a la obtención de un resultado positivo en la Inspección Visual con Ácido Acético, se encontraron los siguientes: el 57% de las mujeres que acudieron a tamizarse tienen entre 22 a 35 años de edad; el 72.7% son multíparas; el 41.6% no tiene como antecedente ningún aborto y el 35.9% tuvo 1 aborto; el 89% son mujeres en edad fértil; el 43.5% ha iniciado relaciones sexuales con una edad entre los 16 a 18 años; el 44% ha tenido una sola pareja sexual, mientras que el 42.1% ha tenido 2 parejas sexuales; el 57.9% mencionaron que han tenido un antecedente de Infecciones de

Transmisión Sexual; el 77% de las mujeres presentó cervicitis al momento de examen como diagnóstico ginecológico; el 40.7% se ha realizado 2 veces el tamizaje de Papanicolaou, mientras que el 33.5% lo ha realizado solo una vez; y el 44.5% de las mujeres no utilizan ningún método anticonceptivo, mientras que el 20.1% usa el inyectable.

Tercero

En la relación entre la Inspección Visual con Ácido Acético positivo y los resultados de Papanicolaou, se encontró que en el 78.5% de los resultados fueron negativos, el 21.5% presentó anomalías de células escamosas (8.6% presentó LEIB, 5.7% presentó LEIA y de igual manera ASCUS, con un 1% ASC-H y 0.5% el Carcinoma), de las cuales al 13.4% se le realizó Biopsias de cérvix, encontrándose que el 6.7% tiene como resultado Displasia Leve de Cérvix, el 2.9% Displasia Severa de Cérvix, Carcinoma In Situ y Displasia Moderada 1.4% en ambos casos, y 1% presento Cervicitis Crónica. Del 13.5% de la muestra a la que se le practicó Biopsias de cérvix el 5.2% recibió tratamiento con Crioterapia (3.3%) y CONO LEEP (1.9%).

Cuarto

La prevalencia de la IVAA es de 10.8%, es decir, es la proporción de pacientes con lesiones cancerosas de nuestra población total tamizada; la sensibilidad, es decir, identificar como enfermo a aquel que efectivamente lo está es del 61.6%; y la especificidad, es decir, identificar como no enfermo aquel que efectivamente lo está es del 72.7%.

RECOMENDACIONES

- La Inspección Visual con Ácido Acético es una buena alternativa para la detección oportuna del cáncer de Cuello Uterino, es una prueba sencilla, rápida y asequible para las usuarias de salud, debería considerarse el uso combinado de estos dos tamizajes. También se recomienda a la Obstetra encargada del Programa de Cáncer de Cuello Uterino, considerar el uso de la Inspección Visual con Yoduro de Lugol (IVIL) de manera permanente, ya que se cuenta con el equipamiento y el personal para realizar la prueba, pero hay un déficit en el insumo.
- Se recomienda al Ministerio de Salud y al Colegio de Obstetras del Perú, la Capacitación de todas las Obstetras en general en la Inspección Visual con Ácido Acético, con la certificación correspondiente, ya que si bien, se capacita a unas cuentas de los diferentes establecimientos de salud y ellas hacen la réplica correspondiente, se necesita el empoderamiento en la prevención y diagnóstico de este tipo de cáncer, ya que puede ser considerado como un problema de salud pública. La población acepta el tamizaje por las características que tiene, al utilizarse la

colposcopia al momento del tamizaje hace más atractiva la prueba y a su vez las sensibiliza sobre este cáncer.

- Como se observó casi el 80% de los casos positivos presentó cervicitis como diagnóstico ginecológico al momento del examen, se recomienda al personal de Consultorios Externos de Salud Sexual y Reproductiva, hacer un seguimiento a las pacientes que presenten este tipo de patologías, volviéndose a realizar el examen en más ocasiones, con la finalidad de que la patología sea tratada y evitar así, futuros falsos positivos.
- A la Obstetra encargada del Programa de Cáncer de Cuello Uterino, seguir realizando campañas de despistaje, ya que la población durante el 2014 ha sido variada, personas que venían de zonas alejadas, exclusivamente por los tamizajes que se ofrecía de manera gratuita, ya que todo estaba subvencionado, ellas comentaban que se habían enterado a través de la Televisión, de la Radio, por las amistades que ya habían sido atendidas. Es fundamental la promoción que se realiza para la captación de

pacientes, como también lo es la consejería y la calidad de la atención prestada.

- Se recomienda a la Obstetra encargada del Programa de Cáncer de Cuello Uterino que solicite la contratación de un Especialista en Anatomía Patológica y de Obstetras, ya que hay demanda, las usuarias de salud de los centros y puestos de salud, son referidas a nuestro Hospital, sumándole la población propia y/o habitual y los nuevos casos no diagnosticados, permiten respaldar la solicitud.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ***Prevención del cáncer cérvico-uterino en el Perú: Lecciones aprendidas del proyecto demostrativo Tamizaje y Tratamiento Inmediato (TATI)***. Washington, 2006.
2. ALMONTE, Maribel y Colaboradores. Nuevos Paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina, Salud Pública, México Vol. 52 N°6. 2010
3. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. ***Norma Técnico-Oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional***. Primera Edición, Mayo, 2008.
4. DEL VALLE FORESI, Ana María. “Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en la Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino – Estudio Comparativo”, Córdoba –Argentina, 2009.
5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ***Inspección visual con Ácido Acético (IVAA), Reseña crítica y Artículos Seleccionados***. Washington, D.C.: OPS. 2003.

6. CARRIZO ARIAS, Eiling Maridee, Valor diagnóstico de la Inspección Visual con Ácido Acético en la Lesión Intraepitelial Cervical – Maracaibo, 2012.
7. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD, **Guía de tamizaje de cáncer de cuello uterino y mama.** La Paz - Bolivia, 2013.
8. OVALLE, Ludwig, Guía Práctica de Tamizaje Cervicouterino, 2004.
9. OVALLE, Ludwig, Técnicas de Inspección Visual, 2004.
10. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, **Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer: Control de calidad y garantía de calidad para programas basados en Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA),** 2013.
11. OVALLE, Ludwig, Manual para Tamizaje del Cáncer Cervicouterino, 2004.
12. MOSBY, **Diccionario General,** Ediciones Harcourt, S.A. 2000.
13. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS IREN NORTE, **Guía de Manejo de NIC de Alto Grado con CONO LEEP/ CONIZACIÓN LEEP PROCEDIMIENTO DE EXCISIÓN CON ASA ELECTROQUIRÚRGICA.** Trujillo, 2009.

14. CUEVA REUNAUD, Corina y Colaboradores. "Validez y Fiabilidad de las Medidas de Exposición y Medición". México. Octubre 2010.

ANEXOS

INSTRUMENTO FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1 IVAA Positivo SI NO

2 Edad

3 Paridad

4 Abortos

5 Amenorrea SI NO

6 Inicio de Relaciones Sexuales

7 Número de parejas Sexuales

8 Antecedente de ITS SI NO

9 Diagnóstico Ginecológico

<input type="checkbox"/>	Aparentemente Sano
<input type="checkbox"/>	Síndrome de flujo vaginal
<input type="checkbox"/>	Pólipos Cervicales
<input type="checkbox"/>	Quistes de Naboth
<input type="checkbox"/>	Cervicitis
<input type="checkbox"/>	Otros

10 Nº de Papanicolau

11 Método Anticonceptivo

<input type="checkbox"/>	Ninguno
<input type="checkbox"/>	Dispositivo Intrauterino
<input type="checkbox"/>	Anticonceptivo Oral Combinado
<input type="checkbox"/>	Inyectable
<input type="checkbox"/>	Barrera
<input type="checkbox"/>	Ritmo
<input type="checkbox"/>	Anticoncepcción Quirúrgica Voluntaria

12 Resultado de Papanicolau

<input type="checkbox"/>	Negativo
<input type="checkbox"/>	ASCUS
<input type="checkbox"/>	ASC-H
<input type="checkbox"/>	LEIB
<input type="checkbox"/>	LEIA
<input type="checkbox"/>	Carcinoma
<input type="checkbox"/>	AGUS
<input type="checkbox"/>	Muestra insatisfactoria

13 Resultado de Biopsia

<input type="checkbox"/>	Cervicitis Crónica
<input type="checkbox"/>	Displasia Leve de Cérvix
<input type="checkbox"/>	Displasia Moderada de Cérvix
<input type="checkbox"/>	Displasia Severa de Cérvix
<input type="checkbox"/>	Carcinoma Insitu

14 Tratamiento según Biopsia

<input type="checkbox"/>	Crioterapia
<input type="checkbox"/>	Cono Leep