

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“EFICACIA DE LA CRIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE
LESIONES ACETOBLANCAS Y EFECTOS SECUNDARIOS EN
MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD LOS
LICENCIADOS. 2012- 2017”**

TESISTAS:

BERROCAL PAUCAR, Nancy
ROJAS CÁCERES, Katherine Yúrico

ASESORA:

Mg. VEGA GUEVARA, Rosa María

AYACUCHO-PERU
2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN

Resolución decanal N° 376-2018 FCDA- UNSCH

Bachilleres Nancy Berrocal Paucar y Katherine Yúrico Rojas Cáceres

en la ciudad de Ayacucho a los cinco días del mes de octubre del año dos mil dieciocho, siendo las diez y veinte de la mañana, se reunieron los docentes miembros de jurado calificador de la sustentación de tesis; profesores Noemí Quispe Cadenas, Oriol Chuchón Gómez, Delia Anaya Anaya, bajo la presidencia del señor decano Dr. Emilio Ramírez Roca, actuando como secretaria docente la profesora Rosa María Vega Guevara.

Se da inicio con el acto de sustentación, contando con los documentos en regla de la tesis titulada "Eficacia de la crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas y efectos secundarios en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud los Licenciados. 2012-2017" para optar el título profesional.

El señor decano invita a las señoritas bachilleres que puedan proceder con el acto de sustentación cumpliendo las normas establecidas por el reglamento de grados y títulos.

Concluido con el acto de sustentación el Sr. Decano invita a los señores docentes miembros del jurado calificador a realizar las preguntas correspondientes o solicitar las aclaraciones correspondientes.

Concluidas las respuestas y aclaraciones sugeridas por los miembros del jurado, el presidente invita a los sustentantes y público en general abandonen la sala para que los miembros de jurado calificador puedan deliberar en privado.

Seguidamente proceden a la evaluación de acuerdo al siguiente detalle:

BACHILLER NANCY BERROCAL PAUCAR

| Jurados | Texto | Exposición | Preguntas | Promedio |
|---------------------------|--------------|-------------------|------------------|-----------------|
| Dr. Emilio Ramírez Roca | 17 | 17 | 17 | 17 |
| Mg, Noemí Quispe Cadenas | 16 | 16 | 16 | 16 |
| Mg. Oriol Chuchón Gómez | 16 | 17 | 18 | 17 |
| Mg. Delia Anaya Anaya | 17 | 17 | 17 | 17 |
| Promedio Final: 17 | | | | |



De los resultados obtenidos la Bachiller Nancy Berrocal Paucar obtiene el promedio de 17, como como señal de conformidad el jurado calificador firman al pie.

BACHILLER KATHERINE YÚRICO ROJAS CÁCERES

| Jurados | Texto | Exposición | Preguntas | Promedio |
|--------------------------|--------------|-------------------|------------------|-----------------|
| Dr. Emilio Ramírez Roca | 17 | 17 | 17 | 17 |
| Mg, Noemí Quispe Cadenas | 16 | 16 | 16 | 16 |
| Mg. Oriol Chuchón Gómez | 16 | 17 | 17 | 16 |
| Mg. Delia Anaya Anaya | 17 | 17 | 17 | 17 |

Promedio Final: 17

De los resultados obtenidos la Bachiller Katherine Yúrico Rojas Cáceres obtiene el promedio de 17, como como señal de conformidad el jurado calificador firman al pie.

.....
Dr. Emilio Ramírez Roca
Presidente

.....
Mg. Noemí Quispe Cadenas
Jurado 1

.....
Mg. Oriol Chuchón Gómez
Jurado 2

.....
Mg. Delia Anaya Anaya
Jurado 3

.....
Mg Rosa María Vega Guevara
Asesora – Secretaria

AGRADECIMIENTO

A nuestra alma mater, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos acogido en sus aulas durante los años de estudio y por brindarnos la oportunidad de formarnos profesionalmente en esta Carrera tan prestigiosa.

A la escuela de obstetricia y a los docentes, por los consejos, enseñanzas, orientaciones y por compartir sus conocimientos y así ser profesionales competentes.

A nuestra querida y estimada asesora Mg. Rosa María Vega Guevara, por dedicarnos tiempo y contribuir en el desarrollo de nuestra tesis en el largo de todos estos meses. A los miembros del jurado por su colaboración apoyo y orientación durante el período de tiempo que ha durado esta tesis.

Al Centro de Salud Los Licenciados, de manera especial al personal del servicio por su colaboración y habernos brindado todas las facilidades durante la ejecución del trabajo de investigación.

DEDICATORIA

A Dios por permitirnos llegar hasta este punto, que aun pese a toda adversidad nos brindó salud, su infinita bondad y amor.

A nuestros padres; quienes nos dieron vida, educación, apoyo realmente incondicional e indispensable para esta nueva etapa, cuyos consejos fueron clave para trazarnos cada meta y motivador para seguir cumpliendo con nuestros objetivos.

Esta tesis se lo dedicamos a nuestros seres queridos, amigos y a todos aquellos que confiaron en nosotras, ahora estamos más que decididas en seguir cumpliendo con cada meta trazada y con todo el entusiasmo de seguir con el siguiente paso siempre prevaleciendo todas las enseñanzas de nuestros queridos docentes y así demostrar que somos profesionales competentes. Gracias por todo el apoyo brindado.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

| | Pag. |
|---------------------------------------|------|
| 1.1. Planteamiento del problema | 10 |
| 1.2. Formulación del problema..... | 13 |
| 1.3. Objetivo general..... | 13 |

CAPITULO II

MARCO TEORICO

| | |
|--|----|
| 2.1. Antecedentes de estudio..... | 15 |
| 2.2. Base teórica científica..... | 19 |
| 2.2.1. Cáncer de cuello uterino..... | 19 |
| 2.2.2. Lesiones acetoblancas..... | 19 |
| 2.2.5. Factores de riesgo para lesiones acetoblancas..... | 21 |
| 2.2.6. Diagnóstico de lesiones intraepiteliales precancerosas..... | 24 |
| 2.2.7. Manejo de lesiones precancerosas..... | 29 |
| 2.2.8. Crioterapia en lesiones acetoblancas..... | 30 |
| 2.3. Definición conceptual y operativa de términos..... | 32 |
| 2.4. Hipótesis..... | 33 |
| 2.5. Variables..... | 33 |

CAPITULOS III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

| | |
|--|----|
| 3.1. Tipo de investigación..... | 34 |
| 3.2 Método de estudio..... | 34 |
| 3.3. Población y muestra..... | 34 |
| 3.4. Procedimientos de recolección de datos..... | 35 |



| | |
|----------------------------------|----|
| 3.5. Procesamiento de datos..... | 36 |
|----------------------------------|----|

CAPITULO IV

| | |
|-------------------------------|----|
| • Resultados y discusión..... | 37 |
| • Conclusiones..... | 53 |
| • Recomendaciones..... | 54 |
| • Bibliografía..... | 55 |

CAPITULO IV

Anexos

| | |
|--------------------------------------|----|
| • Ficha de recolección de datos..... | 60 |
|--------------------------------------|----|



INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar en incidencia a nivel mundial donde se dan 490,000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino por año; más de 270,000 mujeres mueren a causa de la enfermedad. Aproximadamente el 85 % de las mujeres que están muriendo de cáncer de cuello uterino residen en países en vías de desarrollo. La concentración más elevada está en América del Sur, con aproximadamente 71.000 casos por año; África subsahariana, con 78.000 por año; seguido de India y el sudeste asiático, con un total aproximado de 260.000 por año. La incidencia más baja para este tipo de cáncer fue en América del Norte, Europa y Australia; las tasas más altas se han encontrado en el África Sub Sahariana ¹.

En el Perú es la primera causa de muerte en mujeres y segunda en frecuencia en la población. La tasa de incidencia es de 28.8 por 100.000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 11.3 por 100.000. En Lima metropolitano se registró para el 2011 un total de 5594 casos que representa el 13.1% del total de casos de cáncer ².

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es el agente de transmisión sexual de riesgo para cáncer de cérvix, éste actúa junto a otros factores y causa las lesiones cervicales intraepiteliales que posteriormente progresan a cáncer; por lo general en forma lenta; ésta es la razón por la cual dicha enfermedad puede prevenirse, identificando y tratando oportunamente a aquellas mujeres con lesiones precancerosas del cuello uterino o lesiones cervicales de bajo grado, por medio de métodos de inspección visual con ácido acético (IV AA) y nuevos



métodos que utilizan pruebas de ADN del Virus del Papiloma Humano (VPH) y la Crioterapia. Estudios y análisis recientes validaron hallazgos preliminares relacionados con las estrategias seguras, efectivas, factibles en términos operativos y culturalmente apropiadas para la prevención secundaria del cáncer cervical. Siendo el tamizaje con inspección visual con ácido acético (IV AA) la más práctica, accesible de sensibilidad comparable o mayor que la de la citología y el tratamiento con crioterapia una de las más seguras, con altas tasas de efectividad y apropiado para el tratamiento de lesiones cervicales precancerosas ³.

Los resultados demostraron una tasa de curación total de cerca de un 90%. La revisión concluyó que la crioterapia era tan efectiva como otros métodos de tratamiento ambulatorio, particularmente para el tratamiento de lesiones leves a moderadas (NCI 1-2). Asimismo, el proyecto peruano Tamizaje y Tratamiento Inmediato (TATI) informó que, dentro de los tres años posteriores a haber recibido la crioterapia, el 88% de las mujeres 8 que habían padecido NCI1-2 y el 70% de las mujeres que habían padecido NCI 3 se había curado ⁴.

Nuestra región actualmente viene impulsando el programa general de prevención de cáncer de cuello uterino, planteando diferentes estrategias siendo una de ellas la prevención secundaria de cáncer de cuello uterino, con tamizaje por inspección visual con ácido acético (IVAA) y manejo con Crioterapia a partir del año 2012. Sin embargo, aún se desconoce cuál es la tasa real de la efectividad en nuestra región, por lo que se realizó presente trabajo de investigación de tipo no experimental – correlacional, retrospectivo, transversal; obteniendo como resultados que la prevalencia promedio de lesiones acetoblancas por Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados fue de 20% además de una eficacia del tratamiento con Crioterapia de 92.5%, encontrando que las lesiones acetoblancas responden con menor eficacia en mujeres multíparas (RR=1.1), con sobrepeso -obesas (RR=8.5) y en mujeres con anemia (RR=22).



CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El cáncer cervicouterino es una de las neoplasias que ocupa las primeras causas de muerte en la mujer a nivel mundial, especialmente en países subdesarrollados. Los factores de riesgo asociados guardan estrecha relación con conductas como el inicio de la vida sexual a edad temprana, la multiparidad, la promiscuidad sexual y, especialmente, las infecciones de transmisión sexual como la causada por el virus del papiloma humano siendo el principal factor etiológico del cáncer cervicouterino; se sabe que el 70% de los casos son causados principalmente por los tipos 16 y 18 los principales agentes de lesiones precancerosas, en tanto que los otros tipos de alto riesgo corresponden al VPH 31, 33, 45 y 58 ⁵.

El cáncer cervicouterino es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, con cifras que alcanzan 266,000 fallecimientos de mujeres cada año, los cuales suceden en su mayoría en países de ingresos bajos y medios. Hasta el 86% de los casos y el 88% de las muertes ocurren en países en vías de desarrollo ⁵.

En América Latina, los países más afectados son Nicaragua, Honduras, El Salvador y Bolivia, con tasas de incidencia superiores a 35 por 100,000 habitantes. En cuanto a la mortalidad, Puerto Rico es el único país que ha mantenido una tasa de 4 muertes por 100,000 en las últimas cuatro décadas. En México, el cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar entre las neoplasias en la mujer y constituye uno de los principales problemas de Salud Pública, con una incidencia del 15.5% y una mortalidad del 12.8% ⁶.

Cada día en el Perú entre 12 y 14 mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y 6 o 7 mueren por la falta de una detección oportuna. Según la Liga contra el Cáncer, este tipo de neoplasia afecta al 34.6 de cada 100,000 peruanas y anualmente se reportan unos 5,500 casos nuevos de la enfermedad, el 85% de los casos de cáncer se detectan en estadios avanzados, con menores probabilidades de curación, menos calidad de vida, mayor costo de tratamientos y una elevada mortalidad. El cáncer cervicouterino se clasifica en lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado que al no ser diagnosticados oportunamente pueden evolucionar con el paso de los años por lo que se considera un problema de salud pública de gran magnitud, que tiene ya implicaciones económicas y sociales mucho más grandes que las sospechadas, pero, aún más su impacto en la salud en el futuro mediano será mayor. No hay duda de que el costo económico que implica una enfermedad como el cáncer de cérvix, ocupará una gran proporción de los recursos dedicados a las campañas de salud ⁷.

La lesión intraepitelial cervicouterina es una lesión premaligna. Estas lesiones, consideradas como preinvasoras, son denominadas como neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) de acuerdo con el sistema Bethesda. Desde el punto de vista histológico la clasificación de LEI depende del grado de lesión celular dentro del epitelio y esta clasificación está diseñada para estandarizar el sistema de reporte para la prueba que puede existir en cualquiera de los tres estadios siguientes: lesión intraepitelial de bajo grado I, lesión intraepitelial de alto grado II o lesión intraepitelial de alto grado III, también se denomina

NIC1, NIC2 o NIC3. Si no son tratadas, la LIEAG I o LIEAG II pueden progresar hacia cáncer cervicouterino.

En lugar del método de tamizaje y diagnóstico con la secuencia estándar de citología, colposcopia, biopsia y confirmación histológica de lesión intraepitelial, un método alternativo consiste en un enfoque de “tamizaje y tratamiento” en el que la decisión de tratar se basa en una prueba de tamizaje y el tratamiento se inicia con prontitud o, idealmente, inmediatamente después de la prueba de tamizaje positiva. Las pruebas de tamizaje disponibles son la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH), la inspección visual con solución de ácido acético (IVAA) y la citología (prueba de Papanicolaou). Los tratamientos disponibles incluyen la crioterapia, la excisión con asa grande de la zona de transformación (LEEP) y la conización con bisturí ⁸.

La crioterapia en el tratamiento de lesión intraepitelial es tan eficaz como otros métodos de tratamiento ambulatorio. En general, la crioterapia produjo tasas de curación mayores respecto a las lesiones menos graves (lesión intraepitelial de bajo grado). Las lesiones más graves (lesión intraepitelial de alto grado), especialmente las lesiones más grandes que se extendían en el conducto endocervical, tienen tasas de curación inferiores con crioterapia. Para el tratamiento de lesiones extensas (que cubren el 75% o más del cuello uterino) o lesiones complicadas por la afección del conducto endocervical, es posible que otro método sea más apropiado. La crioterapia en el tratamiento de lesión de bajo grado presenta efectos colaterales como flujo vaginal que dura entre 2 y 4 semanas, aproximadamente, después del procedimiento, efecto colateral que se notifica con más frecuencia. Otros efectos colaterales incluyen sofoco, debilidad durante el tratamiento o inmediatamente después de este, malestar (dolor o cólico) durante el tratamiento o inmediatamente después de este y manchado o hemorragia leve después del procedimiento ⁹.

En el año 2013 La oficina de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Regional de Salud (DIRESA-Ayacucho) detectó un total de 338 casos de

cáncer, siendo el cáncer cervico uterino el segundo más recurrente con 90 casos. Por lo que es un problema de salud de las mujeres en edad reproductiva en nuestra ciudad.

Observándose este problema como prioridad sanitaria en la ciudad de Ayacucho, surge la necesidad de implementar un programa de prevención y tratamiento de lesión intraepitelial de bajo grado, es así que el Centro de Salud Los Licenciados, inicia el programa de prevención y tratamiento con Crioterapia a partir del año 2012; dando así el inicio sin precedentes en dicha institución el manejo de las lesiones acetoblancas cervicales, diagnosticadas con Papanicolaou e Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), siendo un programa muy solicitado por la población, pero que sin embargo aún no se reporta la eficacia de este tratamiento de lesiones acetoblancas con Crioterapia, por lo que nos planteamos el siguiente problema de investigación.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la eficacia de la Crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas y efectos secundarios en mujeres en edad fértil. Centro de Salud Los Licenciados 2012-2017?

1.3 OBJETIVO GENERAL:

Conocer la eficacia de la Crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas y efectos secundarios en mujeres en edad fértil. Centro de Salud los Licenciados .2012-2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la prevalencia de lesiones acetoblancas en mujeres en edad fértil.
- Determinar la eficacia de la Crioterapia en lesiones acetoblancas en mujeres en edad fértil.
- Identificar los efectos secundarios de la crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres en edad fértil.

- Relacionar la eficacia de la crioterapia con: edad, IMC, anemia y paridad de las mujeres en edad fértil con lesiones acetoblancas.
- Conocer las características sociodemográficas de las mujeres con lesiones acetoblancas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Torrigo Aponte, et al. (Bolivia 2010), en el estudio titulado “Crioterapia en el manejo de las lesiones intraepiteliales del cervix uterino Hospital Materno Infantil “Germán Urquidí 2007 – 2008”, tuvo como objetivo determinar la eficacia de la Crioterapia en el tratamiento de las lesiones cervicales intraepiteliales, identificando los efectos secundarios y principales complicaciones, haciendo uso del método prospectivo, longitudinal, analítico-descriptivo, obteniendo como resultado que de 5280 pacientes que ingresaron a consulta externa de ginecología del H.M.I.G.U. en el periodo de estudio, 113 corresponden a lesión cervical intraepitelial, la incidencia para LIE-B y LIE- A, fue 0,78 % y 1,36 % respectivamente. De 41 pacientes con diagnóstico con LIE-B se realiza crioterapia a 39 pacientes (95,1 %) de las cuales se realiza el seguimiento y control a los 45 días, 3, 6 meses y 1 año a 30 pacientes. De igual manera de 72 pacientes con LIE-A se realiza crioterapia a 11 pacientes (15,3 %), realizando el control correspondiente a 10 pacientes. El procedimiento se realizó con éxito, siendo la leucorrea el principal efecto secundario, (56,7 % en LIE-B y 60 % en LIE-A). El control citológico fue normal en el 100 % de las pacientes con LIE-B en los periodos establecidos; Sin embargo, el 10 % de pacientes con LIE-A requirió una segunda sesión de crioterapia. Se concluyó

que la crioterapia es un procedimiento ambulatorio, sencillo, eficaz, apropiado para el manejo de las lesiones intraepiteliales cervicales, con pocas complicaciones y mínimos efectos colaterales¹⁰.

MIREYA VELASCO (San Salvador 2013), En el estudio titulado: "Efectividad y seguridad de la Crioterapia como tratamiento en pacientes con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo grado, que consultan en el Hospital Primero de Mayo, Enero - Diciembre del 2010". Tuvo como objetivo describir si la Crioterapia es un método eficaz, económico y seguro para el manejo de pacientes con lesiones intraepiteliales de bajo grado, en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo de enero a diciembre del año 2010. Con el método de estudio descriptivo y retrospectivo. La metodología de estudio se basó en la revisión de expedientes clínicos del hospital. Obteniendo como resultado del total 1,317 colposcopias en el año 2010 de las cuales la muestra de pacientes que tuvieron indicación de Crioterapia fue de 170, grupo que cumplió los criterios de inclusión para realizarles Crioterapias, en este grupo de pacientes estudiadas se logró demostrar que 138 (81%) de las pacientes la lesión no persistió reportando la colposcopia control pos Crioterapia como negativa a displasia por biopsia y 32(19%) la lesión persistió posterior al tratamiento, por otro lado dentro del grupo de pacientes estudiadas no se reportaron complicaciones demostrando que sigue siendo un método seguro. Se concluye que a través del estudio se logró demostrar que la crioterapia sigue siendo un procedimiento eficaz y seguro a pesar de ser mínimamente invasivo, además la educación a la paciente es importante en los resultados posterior al tratamiento ya que al exponerse nuevamente al virus puede persistir la lesión, por lo cual se debe considerarse la incorporación de pruebas de laboratorio para tipificación del virus de papiloma humano y determinar el riesgo que tiene una paciente de presentar progresión a una enfermedad invasiva ante la presencia de este tipo de lesiones¹¹.

Felix Moreno, Walter Geovany (Guatemala 2014), en el estudio titulado "Eficacia de la crioterapia a través de correlación diagnóstica de citología, colposcopia e histología en pacientes que acuden al hospital Roosevelt con

Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I y II”, tuvo como objetivo evaluar la eficacia del tratamiento con Crioterapia a través de correlación diagnóstica de citología, colposcopia e histología, en pacientes que acuden al hospital Roosevelt con Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I y II, haciendo uso del método longitudinal descriptivo en pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de ginecología quienes se les diagnosticó algún tipo de Neoplasia Cervical Intraepitelial, del Hospital Roosevelt por un periodo de 11 meses, comprendido del mes de Enero del 2011 a Octubre del 2011. Obteniendo como resultado se observó que el 84% de las crioterapias fueron satisfactorias, el 16% restante intervinieron patologías asociadas como vaginosis bacteriana lo cual dio como resultado una crioterapia no satisfactoria. Sin embargo, del total de pacientes que reincidieron posteriormente a crioterapia según informe de Papanicolaou, y que fueron sometidas a colposcopia como parte de la correlación diagnóstica citología colposcopia se evidenció que un 76% (13 pacientes), fueron revaluadas y biopsiadas para la correlación Histopatológica y del reporte histopatológico es positivo en un 60% para NIC I y 20% para NIC II en las pacientes que persistieron a la lesión posteriormente a crioterapia, se concluyó que la crioterapia tiene una eficacia del 75% y solo un 25% se revaluó a través de correlación citológica, colposcopia e histológica. La cual reveló que 10 pacientes tuvieron reincidencia de patología cervical¹².

Enciso Huaytalla, Zulma Tania (Ayacucho-2013), en el estudio titulado “Factores asociados a lesiones cervicales por inspección visual con ácido acético en mujeres en edad fértil Centro de Salud San Juan Bautista. Noviembre 2012-abril-2013”, tuvo como objetivo conocer los factores asociados a lesiones cervicales por inspección visual con ácido acético en mujeres en edad fértil. Centro de Salud San Juan Bautista. Noviembre 2012- Abril 2013, haciendo uso del método aplicada, correlacional, retrospectiva, transversal, obteniendo como resultado se muestran que el 81.9% de las mujeres no presentaron lesiones cervicales con la inspección visual con ácido acético (IVVA), el 17.0% presentaron lesiones cervicales y el 1.1%, sospecha de cáncer uterino. Los factores asociados a las lesiones cervicales identificadas

por inspección visual con ácido acético (IVVA) fueron la edad de inicio de relaciones sexuales (61.7%), el número de parejas sexuales (51.7%), la edad del primer embarazo (48.3%), la paridad (63.3%), el uso de anticonceptivo (35%) y los antecedentes de infección de transmisión sexual (85.0%), se concluyó de un total de 353 mujeres en edad fértil atendidas en el centro de salud san juan bautista, 81% no presentaron lesiones cervicales cervicales con la inspección visual con ácido acético (IVVA), el 17.0% presentaron lesiones cervicales y el 1.1%, sospecha de cáncer uterino. Los factores asociados a las lesiones cervicales identificadas por inspección visual con ácido acético (IVVA) fueron la edad de inicio de relaciones sexuales (61.7%), el número de parejas sexuales (51.7%), la edad de primer embarazo (48.3%), la paridad (63.3%), el uso de anticonceptivo (35%) y los antecedentes de infección de transmisión sexual (85.0%)¹³.

Vega Garay, Yesenia (Ayacucho-2015), en el estudio titulado "Efectividad de la crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Juan Bautista. 2012- 2014", tuvo como objetivo conocer la efectividad de la crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Juan Bautista, entre 2012 a 2014, haciendo uso del método aplicado, no experimental, descriptivo-correlacional, de corte transversal, retrospectivo, obteniendo como resultado la prevalencia promedio de lesiones acetoblancas por inspección visual con ácido acético (IVAA) en mujeres atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista entre los años 2012 y 2014 fue de 12.46%. La crioterapia como tratamiento de las lesiones acetoblancas tuvo una efectividad del 84.5% al realizarle el control un año después del diagnóstico y el 15.5% no fue efectivo al tratamiento con crioterapia. Del total de mujeres con lesiones acetoblancas, el mayor porcentaje fueron mujeres adultas (de 25 a 49 años) 93.1% (54), multíparas 79,3% (46), con instrucción secundaria 62,1% (36), el 50% (29) usaba método anticonceptivo hormonal, el 72,4% inició sus relaciones sexuales entre los 14 a 17 años y el 60, 4% (35) tuvieron dos parejas sexuales. Efectividad de Crioterapia, del total de mujeres con lesiones acetoblancas que no respondieron a la Crioterapia el mayor porcentaje 88,9%

(8) fueron adultas (de 25 a 49 años). Así mismo en el grupo de mujeres que si respondieron al tratamiento con Crioterapia también el mayor porcentaje 93,1% (46) fueron adultas. Se concluyó que la crioterapia como tratamiento de lesiones acetoblancas por inspección visual con ácido acético (IVAA) tuvo una efectividad del 84.5% al realizar el control un año después del diagnóstico. La prevalencia de lesiones acetoblancas por inspección visual con ácido acético (IVAA) durante el año 2013 fue de 14%, durante el 2014 de 13,5% y en el año 2012 de 9,9%¹⁴.

2.2 BASE TEORICA CIENTIFICA

2.2.1 CANCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer del cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal ¹⁵.

La neoplasia cervical es un crecimiento anormal y pre-canceroso de células escamosas en el cuello uterino. La mayoría de los casos de NIC permanecen estables o son eliminados por el sistema inmune del individuo sin intervención médica. Sin embargo un pequeño porcentaje de casos progresan a cáncer cervical, usualmente, por razón de la célula invasora, en un carcinoma de células escamosas ¹⁵.

2.2.2 LESIONES ACETOBLANCAS

Cuando la displasia (pre-cáncer) se presenta, el tejido anormal aparece como una lesión aceto-blanca. Las áreas que se tornan blancas son más densas que el tejido rosado normal. Las áreas aceto-blancas pueden aparecer en colores blanquecinos, grisáceos y se observan un poco levantadas del cérvix ¹⁶.

CLASIFICACIÓN

Para clasificar las neoplasias cervicales o NIC se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas. Los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras, diferenciadas.

- **NIC I:** Existe buena maduración, con mínimas anomalías nucleares y pocas figuras mitóticas. Las células indiferenciadas se encuentran en las capas epiteliales más profundas (tercio inferior). Se observan figuras mitóticas, pero no muchas. Pueden verse cambios citopáticos debidos a la infección por el VPH en todo el espesor del epitelio.
- **NIC II:** Se caracteriza por cambios celulares displásicos restringidos sobre todo a la mitad o los dos tercios inferiores del epitelio, con anomalías nucleares más marcadas que en la NIC I. Pueden verse figuras mitóticas en toda la mitad inferior del epitelio.
- **NIC III:** 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 ¹⁷.

| CLASIFICACIÓN | | |
|--------------------|---------|------------------|
| OMS | RICHART | SISTEMA BETHESDA |
| Displasia leve | NIC I | LIEBG |
| Displasia Moderada | NIC II | LIEAG |
| Displasia Severa | NIC III | LIEAG |
| Ca In situ | NIC III | LIEAG |

UNION ESCAMOCOLUMNAR Y ZONA DE TRANSFORMACION

La unión escamocolumnar se visualiza como una línea blanca, débil que se encuentra justo en la entrada del canal cervical. Note la diferencia en el color del epitelio glandular, que se presenta color rojo debido a los vasos sanguíneos que se encuentran debajo de una sola capa de células. El epitelio escamoso se ve menos rojo porque tiene varias capas de células. La zona de transformación puede ser un área ancha o delgada en la superficie del cérvix. Es en este lugar en donde ocurren el 90% de los cambios anormales del cérvix. Es por esta razón que las pruebas de tamizaje (IVAA y Papanicolaou) deben ser orientados a examinar la zona afectada.

Al llegar la menopausia, las células escamosas maduras usualmente cubren ya casi la mitad del cérvix y la unión escamocolumnar, si es aún visible, está localizada en o adentro del orificio endocervical. Por esta razón debe asegurarse que la realización de prueba de tamizaje en mujeres pos menopáusicas llegue verdaderamente a la unión escamocolumnar, la cual se encuentra situada mucho más profundo. Durante la adolescencia, en el inicio de la vida sexual activa, las células cervicales son más vulnerables a los cambios pre cancerosos causados por el VPH.

La mayoría de los adolescentes no comprende que mientras más joven inicien su vida sexual tienen mayor la probabilidad de estar expuestos adquirir una infección del virus del papiloma humano (VPH) que podrían resultar en cáncer más adelante. Se puede prevenir con el uso de condones que ayuda parcialmente a hombres y mujeres proteger a estas delicadas células, pero el retraso de relaciones sexuales hasta después de los 20 años es mucho más efectivo ¹⁶.

2.2.3 FACTORES DE RIESGO PARA LESIONES ACETOBLANCAS

- Presencia del virus del papiloma humano: Es el factor más importante para el cáncer de cuello uterino que se transmite mediante las relaciones

sexuales por vía vaginal, son causados por VPH 16 y 18. Estas hacen que las células de la matriz del útero se transformen en cancerosas.

- Inicio precoz de la actividad sexual: El coito realizado desde edad temprana en la adolescencia y la continuación de su práctica, predispone a la mujer hacia el cáncer de cuello uterino. Coppleson postula que el epitelio cervical en la adolescencia se encuentra en periodo dinámico de metaplasia, muy susceptible a patrones a tipos metaplasicos, cuando se expone a contacto del pene y el semen.
- Múltiples parejas sexuales: El número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino que la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, cuya etiología participan virus encógenos.
- Multiparidad: Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral.
- Nivel socioeconómico bajo: La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para precánceres de cuello uterino.
- Antecedentes de ITS u otras infecciones crónicas: principalmente la clamidia; es una clase relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor. Se transmite mediante el contacto sexual. La

infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de análisis de sangre muestran evidencia de una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal. A menudo, las mujeres que están infectadas con clamidia no presentan síntomas. De hecho, puede que no sepan que están infectadas a menos que se les practique un examen de clamidia durante un examen pélvico.

- Consumo de tabaco: Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las mujeres fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH.
- Uso de métodos anticonceptivos prolongados: Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas.
- Inmunodeficiencia: El virus de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV, en inglés), el virus que causa el SIDA (AIDS), causa daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. Esto podría explicar por qué las mujeres con SIDA (AIDS) tienen un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con

VIH, un precáncer de cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunes, como aquellas mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune (en la cual el sistema inmunológico ve a los propios tejidos del cuerpo como extraños, atacándolos como haría en el caso de un germen) o aquellas que han tenido un trasplante de órgano ¹⁸.

2.2.4 DIAGNOSTICO DE LESIONES INTRAEPITELIALES PRECANCEROSAS

PAPANICOLAU: Es un examen para detectar lesiones intraepiteliales, en el que se “raspan” con un cepillo o espátula la zona de transformación (abertura del cuello uterino), que puede ser realizado por médico o personal de la salud entrenado. La muestra se coloca en una lámina y luego de fijarla se realiza una coloración especial para examinar las células bajo un microscopio.

COLPOSCOPIA: Procedimiento de diagnóstico en el que un colposcopio (instrumento que emite un haz de luz con varias lentes de aumento) se utiliza para proporcionar una vista ampliada e iluminada del cuello uterino para distinguir lo normal de áreas anormales y obtener biopsias dirigidas de tejido sospechoso. La evaluación colposcópica del cuello uterino y la vagina se basa en el que las lesiones del epitelio malignas y premalignas tienen características macroscópicas específicas relacionadas con contorno, color y patrón vascular, reconocibles por colposcopia.

BIOPSIA: Es el diagnóstico definitivo de lesiones pre malignas o cáncer se hace con biopsia, aunque no se requiere biopsias para tratar lesiones cervicales diagnosticadas por Inspección Visual por Ácido Acético (IVAA) o colposcopia. La estrategia “tamizar o ver y tratar” recomienda tratar con crioterapia sin considerar la confirmación diagnóstica ¹⁹.

INSPECCION VISUAL CON ACIDO ACETICO

Es un examen visual realizado con espéculo, en el que se usa ácido acético al 5% aplicado en el cérvix. Con este procedimiento el epitelio anormal (displásico) se torna blanco y puede ser detectado fácilmente. La sensibilidad del IVAA varía de acuerdo al entrenamiento y práctica y se ha encontrado entre el 70% al 80% para detectar NIC 2 y lesiones más severas.

La IVAA es un método de tamizaje de lesiones premalignas de cuello, que proporciona resultados inmediatos, es de bajo costo, no requiere de equipos y tiene una sensibilidad igual o mejor que el PAP y pueden ser accesibles a cualquier establecimiento de salud de nuestro país. La aplicación del ácido acético al cuello uterino produce una desnaturalización momentánea de las proteínas nucleares, lo que impide el paso de la luz y se traduce en una imagen blanquecina (IVAA positiva), al minuto de su aplicación y vuelve a su color original luego de algunos minutos. Este fenómeno se puede reproducir cada vez que se aplica el ácido acético ¹⁶.

Para realizar la inspección visual debe contar con el siguiente equipo:

a. Equipo

- Camilla (no necesariamente ginecológica)
- Fuente de Luz (100 watts)
- Especulo
- Bandeja de Instrumentos
-

b. Materiales

- Algodón o gasa
- Guantes descartables (un par nuevo para cada paciente) o estériles
- Paletas de madera
- Solución acética al 3-5%
- Solución de cloruro de sodio al 0.5% para descontaminar equipo y guantes

- Hoja de registro – tome una breve historia de salud reproductiva.

PROCEDIMIENTO DE INSPECCIÓN VISUAL

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

Preparación de la paciente

Paso 1: Dialogue el procedimiento con la paciente. Explíquele porque se recomienda la prueba y lo que sucederá durante el examen. También mencione el resultado más probable, así como el seguimiento o tratamiento que podría requerirse.

Paso 2: Asegure la disponibilidad de todos los instrumentos y materiales que necesitara. Pruebe la fuente de luz. Ingrese a la paciente al área de examen. Pídale que vacíe la vejiga. Pídale que remueva su ropa interior como mínimo, respetando su pudor.

Paso 3: Ayude a la mujer a posicionarse en la camilla y cúbrala para el examen pélvico.

Paso 4: Lave sus manos completamente con agua y jabón o con gel alcohol y seque con una toalla limpia o seque al aire. Palpe el abdomen.

Paso 5: Colóquese un par de guantes descartables nuevos o estériles que han sido desinfectados en ambas manos.

Paso 6: Arregle los instrumentos en una bandeja, si no lo ha hecho previamente.

Realización de la Inspección Visual

Paso 1: Inspeccione los genitales externos y busque descarga en la apertura uretral. Advírtale a la mujer que se le introducirá el espejo, por lo que podría sentir presión.

Paso 2: Inserte suavemente el espejo y abra suavemente las hojas para revelar el cérvix. Ajuste el espejo para poder visualizar todo el cérvix. Esto puede ser difícil cuando el cérvix es muy grande o extremadamente anterior o posterior. Puede ser necesario usar un algodón o gasa, espátula u otro instrumento o empujar suavemente el cérvix arriba o abajo, hasta la vista.

Paso 3: Cuando se puede ver el cérvix totalmente, fije las hojas del espejo en posición abierta para que permanezca en su lugar.

Paso 4: Ajuste la fuente de luz para poder visualizar el cérvix en su totalidad.

Paso 5: Mire el Cérvix y busque evidencia de infección (cervicitis) como una secreción blanquecina purulenta, ectopia (ectropión), quistes de Naboth, úlceras o lesiones en “fresa” (infección de tricomonas).

Paso 6: Use un algodón o gasa limpia para remover cualquier descarga, sangre o moco del cérvix.

Paso 7: Identifique el orificio cervical y la unión escamocolumnar alrededor.

Paso 8: Remoje en solución de ácido acético diluida, una gasa o algodón lo suficientemente grande que cubra el cérvix totalmente. Si es necesario, utilice algodones limpios para repetir las aplicaciones de ácido acético hasta que el cérvix está totalmente cubierto.

Paso 9: Espere un minuto para que se absorba el ácido acético y aparezca una reacción acetoblanca en caso de ser positiva.

Paso 10: Inspeccione la UEC cuidadosamente, Descarte sangrado del cérvix, busque cualquier placa blanquecina engrosada y elevada o epitelio acetoblanco. Debe visualizarse la UEC en su totalidad para determinar si el cérvix es normal o anormal.

Paso 11: Según sea necesario, replique el ácido acético con una gasa o algodón limpio para remover moco o sangre que haya aparecido. Durante la inspección y que pueda oscurecer la visibilidad.

Paso 12: Cuando haya completado la inspección, use una gasa para remover cualquier ácido acético que haya quedado en el cérvix o vagina.

Paso 13: Remueva el espejulo de manera suave. Si el examen es negativo coloque el espejulo en una solución de cloro al 0.5% durante 10 minutos para descontaminación. Si el examen es positivo y usted se encuentra en un servicio que cuente con equipo para efectuar tratamiento inmediato, coloque el espejulo en la bandeja para poder utilizarlo durante la crioterapia.

Paso 14: Registre los hallazgos de las Inspección Visual en la hoja de registro, incluyendo cervicitis, ectropión, quistes de naboth, úlceras o cérvix en fresa. Si hay cambios acetoblanco, registre el examen como anormal dibuje un “mapa” del cérvix y del área afectada en la hoja de registro ¹⁶.

NOMENCLATURA DE IVAA

La inspección visual con ácido acético se basa en la propiedad que tienen las lesiones intraepiteliales de cuello uterino de tornarse de color blanquecino al entrar en contacto con el ácido acético al 5% o con el uso de vinagre comercial ²⁰.

| Resultados de IVAA | Hallazgos clínicos |
|---------------------------|--|
| ACETO POSITIVO | Áreas acetoblancas densas (blanco, nacarado u opaco), nítidas, precisas, bien definidas, con o sin márgenes elevados junto a la unión escamoso-cilíndrica (UEC). |
| ACETO NEGATIVO | Sin lesión acetoblanca; liso, rosado, uniforme y sin características especiales: ectropión, pólipo, cervicitis, inflamación, quistes de Naboth. |
| SOSPECHA DE CANCER | Tumor exofítico, endofítico o lesión ulcerosa, visible clínicamente; exudación o sangrado al tacto, de color acetoblanco. |

TRATAMIENTO DE LESIONES PRECANCEROSAS

Cirugía. Es la extirpación del tejido canceroso por medio de una operación.

Radioterapia. La radioterapia usa rayos de energía alta para matar las células cancerosas y constituye otra opción terapéutica, además de la cirugía, para la etapa temprana del cáncer cervical; e incluso en etapas avanzadas.

Quimioterapia. Es la eliminar las células malignas por vía intravenosa para que se traslade al torrente sanguíneo con la finalidad de destruir las células que pudieran quedar tras la cirugía o radioterapia ²¹.

2.2.7 MANEJO DE LESIONES PRECANCEROSAS

Muchas de estas lesiones van a regresar espontáneamente por lo que la tendencia actual es la de dejarlas en observación, con controles citológicos y colposcópicas cada 6 meses o cada año, hasta que la lesión desaparezca. En caso contrario se procederá a su tratamiento según alguna de las posibilidades que se exponen más adelante. En las pacientes mayores de 30 años se puede realizar el tratamiento tan pronto se diagnostique, ya que muchas de estas

lesiones ya son persistentes. Para el tratamiento se puede utilizar cualquiera de los métodos destructivos locales como la electrocauterización, la criocirugía, la vaporización láser o con radiofrecuencia, o cualquier método que a juicio clínico garantice la destrucción completa de la lesión. Cuando la lesión sea endocervical y no se visualice el límite superior de la misma, se debe realizar cono endocervical y legrado del endocérvix residual, o en otros casos incluso conización clásica y legrado del endocérvix residual, ya que la lesión puede acompañarse de otra de mayor grado. En las pacientes muy jóvenes sin hijos se pueden dejar en observación estricta de citología y colposcopia cada 6 meses. Debe aconsejarse a la pareja el uso del preservativo durante 4-6 meses en forma continua, con lo que muchas de las lesiones regresan y los tratamientos dan mejores resultados al romper el círculo de reinfecciones repetidas. Hay que tener en cuenta que entre más joven la mujer, más conservador se debe ser en el manejo, evitando sobre tratamientos que puedan influir en la capacidad de reproducción futura ²⁰.

2.2.8 CRIOTERAPIA EN LESIONES ACETOBLANCAS

La crioterapia consiste en la destrucción del tejido afectado mediante la aplicación directa de frío intenso con nitrógeno líquido, es un tratamiento de congelación que ha probado ser una manera segura y efectiva para eliminar las células anormales e inflamatorias que pueden aparecer en el cérvix.

La crioterapia elimina las áreas precancerosas del cuello uterino mediante congelación (un método ablativo). Consiste en aplicar un disco metálico extremadamente frío (criosonda) sobre el cuello uterino y congelar las áreas anormales (junto con áreas normales) cubiertas. Se realiza el superenfriamiento de la criosonda utilizando un tanque con dióxido de carbono (CO₂) comprimido o con óxido nitroso (N₂O) comprimido. Lleva cerca de 15 minutos, generalmente es bien tolerada y se asocia con un malestar leve solamente. Por consiguiente, se puede realizar sin anestesia. Después de la crioterapia, el área congelada se regenera como epitelio normal ²².

CONDICIONES PARA LA CRIOTERAPIA

Las mujeres VPH positivas con IVAA negativa o positiva o colposcopia positiva, deberán ser tratadas con terapia de crioterapia, siempre y cuando cumplan los siguientes criterios:

- Lesión y unión escamo columnar visible.
- La lesión no cubre más de las tres cuartas partes del exocervix.

CONTRAINDICACIONES DE LA CRIOTERAPIA

Si la lesión se extiende más allá del alcance de la criosonda o dentro del conducto endocervical, la paciente deberá recibir otros tipos de tratamiento.

- Sospecha de cáncer invasor
- Gestación
- Lesión mayor de 75% del área ectocervical o extensión a fondo de saco o pared vaginal
- Cervicitis severa
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Anomalías anatómicas

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA CRIOTERAPIA

- Leucorrea
- Dolor tipo cólico de regla durante la aplicación y algunas horas después.
- Sangrado, el cual es raro y puede ser tipo acuoso.
- Estenosis

CONTROL POSTCRIOTERAPIA

El control postcrioterapia, se realizará con IVAA /o PAP, al año de haber sido realizado el procedimiento.

- Si en el control anual (IVAA y/o PAP) se obtiene al menos una prueba positiva (falla de tratamiento) se referirá a la paciente para colposcopia y nuevo tratamiento.
- En caso el IVAA sea negativo se realizará el tamizaje en 3 años.
- En caso de IVAA positivo se realizará tratamiento con terapia ablativa si tiene los criterios y sino referirla para LEEP u otro.

2.3 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TERMINOS

Lesiones acetoblancas: Es la presencia de zonas acetoblancas, distintivas, bien definidas, densas de color blanco opaco, mate o blanco ostra con bordes regulares o irregulares en la zona de transformación, juntas o contiguas a la unión escamoso-cilíndricas.

Eficacia: capacidad de lograr un efecto o resultado buscado a través de una acción específica.

Eficacia de la Crioterapia: Es la capacidad logrado de los resultados esperados después de tratamiento con la crioterapia en mujeres con lesiones acetoblancas.

Crioterapia: Método de tratamiento ambulatorio que emplea temperaturas de -60°C a -89°C para congelar y destruir el tejido anormal en mujeres con lesiones acetoblancas.

Efectos secundarios de la Crioterapia: son efectos no deseados causados por el tratamiento de la crioterapia en lesiones acetoblancas.

Mujer en edad fértil: De 15 a 49 años de las mujeres en edad fértil.

Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento hasta la fecha actual, se expresa en años cumplidos.

Paridad: Número de hijos que tiene una mujer (hijos vivos, prematuros, abortos y vivos).

Índice de masa corporal: El Índice de masa corporal es una medida que asocia el peso de una mujer con su talla para evaluar su estado nutricional.

Anemia: Síndrome que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina.

2.4 HIPOTESIS

El tratamiento de las lesiones acetoblancas con crioterapia es efectiva, siendo la leucorrea el principal efecto secundario en mujeres en edad fértil de Centro de Salud los Licenciados 2012-2017.

2.5 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Lesiones acetoblancas

VARIABLE DEPENDIENTE

Eficacia de la Crioterapia y efectos secundarios.

INTERVINIENTES

- Edad
- Paridad
- Índice de masa corporal
- Anemia

CAPITULOS III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

Aplicada

3.2 METODO DE ESTUDIO

No experimental, correlacional, retrospectiva y transversal.

3.3 POBLACION

La población estuvo conformada por todas las historias clínicas de las mujeres en edad fértil. Centro de Salud los Licenciados de Ayacucho.

MUESTRA

Estuvo conformada por las Historias Clínicas de todas las mujeres en edad fértil con resultados positivo a Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), tratadas con Crioterapia y con control al año; atendidas en el Centro de Salud los Licenciados de Ayacucho, 2012- 2017.

TIPO DE MUESTREO: No probabilístico.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión:

- Historias Clínicas con registro completo, resultados de IVAA antes y después del tratamiento con Crioterapia.
- Historias clínicas de mujeres con registro completo de realización de PAP e IVAA antes y después del tratamiento con crioterapia.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de mujeres menores de 15 y mayores de 49 años.
- Historias clínicas de mujeres con resultados de IVAA negativo.
- Historias clínicas de mujeres que no cuentan con registro completo de PAP e IVAA.
- Historias clínicas de mujeres con embarazo.
- Historias clínicas de alteración grave de la anatomía cérvicouterino.
- Historias clínicas de mujeres con cáncer cervical avanzado.

TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica

Revisión de la historia clínica de las mujeres en edad fértil que acudieron al servicio de prevención de cáncer del Centro de Salud los Licenciados.

Instrumento:

Ficha de recolección de datos.

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

- A través de la Decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad de San Cristóbal de Huamanga, se solicitó autorización para la realización de la investigación, a la dirección del Centro de Salud los Licenciados de Ayacucho con el propósito de contar con la autorización necesaria para la recolección de datos.

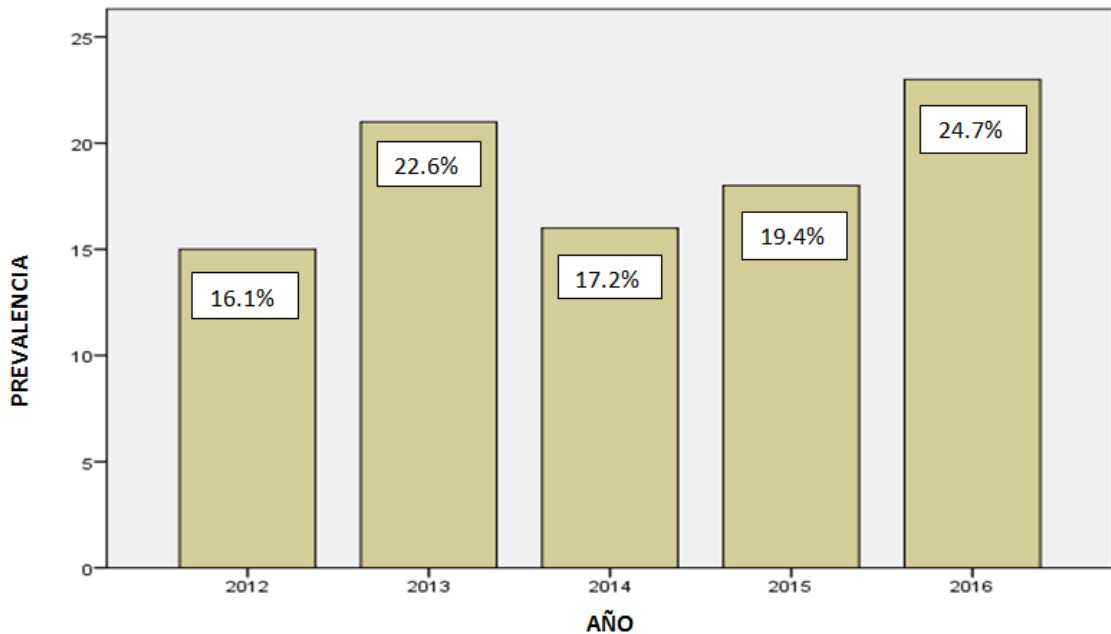
- Conseguida la autorización en el establecimiento de salud, se procedió a la revisión de las historias clínicas de las mujeres en edad fértil que fueron seleccionadas según el criterio de inclusión.
- Seguidamente, se usó una ficha de recolección de datos para obtener los datos que se requirieran en el estudio.

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Concluida la recopilación de la información se procedió a la codificación de cada instrumento de recolección de datos para crear posteriormente una base de datos. Los resultados fueron procesados con el programa SPSS versión 23 y para el análisis estadístico se usó la prueba Chi cuadrado para determinar el grado de dependencia de las variables de estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



FUENTE: ficha de recolección de datos.

GRAFICO 01: PREVALENCIA DE LESIONES ACETOBLANCAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS. 2012 – 2017.

En el grafico se observa que la mayor prevalencia de lesiones acetoblanas en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de salud los licenciados se presentó durante el año 2016 con un 24.7%, seguido del 22.6% en el año 2013, y una menor prevalencia en el año 2012 con un 16.1%.

Del análisis de los resultados podemos afirmar que la prevalencia promedio de lesiones acetoblanas por Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados entre los años 2012 y 2017 fue de 20%. Prevalencia que se va incrementando con los años en nuestra localidad, estos resultados demuestran un problema grave de Salud pública.

Nuestros resultados difieren con lo encontrado por Enciso Huaytalla, Zulma Tania (Ayacucho-2013), en el estudio titulado “Factores asociados a lesiones cervicales por inspección visual con ácido acético en mujeres en edad fértil Centro de Salud San Juan Bautista. Noviembre 2012-abril-2013”, reporta una prevalencia de lesiones acetoblanas de 18.1%¹³.

Y se asemejan a lo encontrado por Vega Garay, Yesenia (Ayacucho-2015), en el estudio titulado "Efectividad de la crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres atendidas en el centro de salud de San Juan Bautista. 2012- 2014", quien reporta una prevalencia promedio de lesiones acetoblancas por inspección visual con ácido acético (IVAA) de 12.46%¹⁴.

Velasco, Mireya. (San Salvador 2013), en la investigación "Efectividad y seguridad de la crioterapia como tratamiento en pacientes con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo grado, que consultan en el Hospital Primero de Mayo, enero-diciembre del 2010". Reporta 1,317 diagnósticos de lesiones intraepiteliales mediante IVAA (12,9%)¹¹.

Como se puede observar, los resultados coinciden con estadísticas reportadas en investigaciones que anteceden, por lo que se corrobora la fiabilidad de los resultados del IVAA realizados en el Centro de Salud los Licenciados, capacitado y con experiencia en dicho procedimiento.

TABLA 02: EFICACIA DE LA CRIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES ACETOBLANCAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS. 2012 – 2017.

| | CRIOTERAPIA | | | |
|-----------------|----------------|-----|--------|------|
| | AL DIAGNOSTICO | | AL AÑO | |
| | Nº | % | Nº | % |
| IVAA (+) | 93 | 100 | 7 | 7.5 |
| IVAA (-) | 0 | 0 | 86 | 92.5 |
| TOTAL | 93 | 100 | 93 | 100 |

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 02 se observa que la Crioterapia como tratamiento de lesiones acetoblancas cervicales en mujeres en edad fértil tuvo una eficacia de 92.5% observada al año de seguimiento.

Nuestros resultados se asemejan a lo encontrado por Torrico Aponte, et al. (Bolivia 2010), en el estudio titulado “Crioterapia en el manejo de las lesiones intraepiteliales del cervix uterino Hospital Materno Infantil “Germán Urquidí 2007 – 2008”, quien reporta que de 46 pacientes que se sometieron a la crioterapia, el 90% mejoro con dicho tratamiento en un promedio de seis meses¹⁰.

Sin embargo difieren con lo encontrado por Félix Moreno, Walter Geovany (Guatemala 2014), en el estudio titulado “Eficacia de la crioterapia a través de correlación diagnostica de citología, colposcopia e histología, en pacientes que acuden al hospital Roosevelt con Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I y II. Enero del 2011 a octubre del 2011.” reporta que la Crioterapia tiene una eficacia del 75%¹².

Además, Velasco L, Mireya. (San Salvador 2013), en la investigación "Efectividad y seguridad de la Crioterapia como tratamiento en pacientes con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo grado, que consultan en el Hospital Primero de Mayo, enero-diciembre del 2010". Reporta que de 170

pacientes que tuvieron indicación de Crioterapia, se logró demostrar que el 81% de pacientes la lesión no persistió¹¹.

Vega Garay, Yesenia (Ayacucho-2015), en el estudio titulado "Efectividad de la crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres atendidas en el centro de salud de San Juan Bautista. 2012- 2014", se reportó que la crioterapia como tratamiento de las lesiones acetoblancas tuvo una efectividad del 84.5% al realizarle el control un año después del diagnóstico¹⁴.

El resultado de la presente investigación, en contraste con los resultados de investigaciones antes mencionados muestran una semejanza estadística, ya que se demuestra que la eficacia de la Crioterapia no desciende del 81% por el cual se refuerza la decisión de optar preferentemente como tratamiento para lesiones acetoblancas, por su efectividad, accesibilidad y bajo costo.

TABLA 03: EFECTOS SECUNDARIOS DE LA CRIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES ACETOBLANCAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS. 2012 – 2017.

| EFECTOS SECUNDARIOS | CRIOTERAPIA | |
|---------------------|-------------|------|
| | Nº | % |
| NINGUNO | 70 | 75,3 |
| LEUCORREA | 23 | 24,7 |
| TOTAL | 93 | 100 |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla se observa que el principal efecto secundario de tratamiento con la Crioterapia en lesiones acetoblancas fue la leucorrea con 24.7%(23).

Nuestros resultados se asemejan a Torrico Aponte, et al. (Bolivia 2010), en el estudio titulado “Crioterapia en el manejo de las lesiones intraepiteliales del cervix uterino Hospital Materno Infantil “Germán Urquidi. 2007 – 2008”, quien reporta que la leucorrea es el principal efecto secundario 60% en el tratamiento de la Crioterapia¹⁰.

Los hallazgos encontrados nos permiten formularnos nuevas interrogantes de investigación y preguntarnos si es la crioterapia causa directa de la leucorrea como complicación, o si esta viene relacionada también a otros factores de riesgo de la mujer en edad fértil, situación que nos permite recomendar realizar nuevas investigaciones.

TABLA 04: EDAD EN RELACIÓN A LA EFICACIA DE LA CRIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES ACETOBLANCAS EN MUJERES EN EDAD FERTIL. CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS. 2012-2017.

| EDAD | EFICACIA (Control al año) | | | |
|-----------------------|---------------------------|------|-----------------|------|
| | NO | | SI | |
| | (IVVA POSITIVA) | | (IVVA NEGATIVA) | |
| | N° | % | N° | % |
| Adulto (26-49) | 6 | 85.7 | 79 | 91.9 |
| Joven (18-25) | 1 | 14.3 | 7 | 8.1 |
| TOTAL | 7 | 100 | 86 | 100 |

RR: 0.5

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 0.000$$

$$\chi^2_t = 3.841$$

$$G.L. = 1$$

$$p > 0.05$$

En la tabla 04 se observa que del total de mujeres con lesiones acetoblancas que no respondieron a la Crioterapia el mayor porcentaje 85.7% (6) fueron adultas.

Los resultados sometidos a la prueba estadística de Chi cuadrado a un nivel de confianza del 95% nos muestra que no existe asociación entre la eficacia de crioterapia con la edad dela paciente ($p > 0.05$) y según la prueba estadística de riesgo relativo (RR= 0.5) no es significativo.

Resultados que se asemejan a lo encontrado por Vega Garay, Yesenia (Ayacucho-2015), en el estudio titulado "Efectividad de la crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres atendidas en el centro de salud de San Juan Bautista. 2012- 2014", donde reporta que del total de mujeres con lesiones acetoblancas que no respondieron a la Crioterapia el mayor porcentaje 88,9% (8) fueron adultas (de 25 a 49 años). Así mismo en el

grupo de mujeres que si respondieron al tratamiento con crioterapia también el mayor porcentaje 93,1% (46) fueron adultas¹⁴.

Los resultados de nuestra investigación, no se asemejan a las investigaciones antes mencionadas, probablemente en la muestra encontramos más mujeres adultas que jóvenes por lo que no fue lo suficientemente grande para que refleje la realidad, por lo que se sugiere realizar investigaciones en poblaciones más significativas.

TABLA 05: PESO (IMC) EN RELACIÓN A LA EFICACIA DE LA CRIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES ACETOBLANCAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS. 2012-2017.

| PESO (IMC) | EFICACIA (control al año) | | | |
|-------------------------|---------------------------|------|-----------------------|------|
| | NO (IVAA positivo) | | SI (IVAA negativo) | |
| | Nº | % | Nº | % |
| SOBREPESO- OBESO | 6 | 85.7 | 29 | 33.7 |
| NORMAL | 1 | 14.3 | 57 | 66.3 |
| TOTAL | 7 | 100 | 86 | 100 |

RR: 8.5

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 5.405$$

$$\chi_t^2 = 3.841$$

$$G.L. = 1$$

$$p < 0.05$$

En la tabla 05 se observa que del total de mujeres con lesiones acetoblancas que no respondieron a la Crioterapia el mayor porcentaje 85.7% (5) fueron obeso o sobrepeso. Y en el grupo de mujeres que respondieron al tratamiento con Crioterapia el 66,3% (57) tuvieron peso normal.

Los resultados sometidos al análisis estadístico de Chi cuadrado a un nivel de confianza del 95% nos muestra que existe asociación entre el IMC y la eficacia de la Crioterapia ($p < 0.05$) y según la prueba estadística riesgo relativo (RR) la probabilidad de no recuperarse al tratamiento con Crioterapia es de 8.5 veces más en aquellas mujeres obesas o con sobrepeso.

Concluyéndose que el tratamiento de lesiones acetoblancas con Crioterapia responde negativamente en mujeres obesas o con sobrepeso.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los encontrados por Torrico Aponte, William. (Bolivia 2010), en el estudio titulado: "Crioterapia en el manejo de las lesiones intraepiteliales del cérvix uterino Hospital Materno Infantil Germán Urquidi 2007- 2008", que notifica una tasa de curación de lesiones acetoblancas por Crioterapia de solo 40% en mujeres con sobrepeso y obesas y una tasa de curación de 95% en mujeres con peso normal¹⁰.

Además, Vega Garay, Yesenia (Ayacucho-2015), en el estudio titulado "Efectividad de la crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres atendidas en el centro de salud de San Juan Bautista. 2012- 2014", reporta que del total de mujeres con lesiones acetoblancas que no respondieron a la Crioterapia el mayor porcentaje 66,7% (6) fueron obesas o sobrepeso. Y en el grupo de mujeres que respondieron al tratamiento con Crioterapia el 65,3% (32) tuvieron peso normal¹⁴.

Por lo tanto, podemos demostrar que la obesidad influye negativamente en la recuperación de las mujeres que fueron sometidas al tratamiento con crioterapia ya que en la obesidad existe una producción excesiva de leptina en el tejido adiposo y como consecuencia aumentaría la susceptibilidad a las enfermedades autoinmunes. Los cambios inmunológicos que se producen en la obesidad afectan tanto a la inmunidad humoral, sobre todo a la secreción de anticuerpos, como a la inmunidad celular, en respuesta a este proceso de alteración autoinmune se produce un aumento de moléculas inflamatorias por lo que se dificulta la fase proliferativa y la cicatrización de heridas será más lenta²⁴.

TABLA 06: ANEMIA EN RELACIÓN A LA EFICACIA DE LA CRIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES ACETOBLANCAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS 2012-2017.

| ANEMIA | EFICACIA(control al año) | | | |
|--------------|--------------------------|------------|-----------------|------------|
| | NO | | SI | |
| | (IVAA positivo) | | (IVAA negativo) | |
| | N° | % | N° | % |
| SI | 4 | 57.1 | 2 | 2.3 |
| NO | 3 | 42.9 | 84 | 97.7 |
| TOTAL | 7 | 100 | 86 | 100 |

RR: 22

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 23.786$$

$$\chi_t^2 = 3.841$$

$$G.L. = 1$$

$$p < 0.05$$

En la tabla 06 se observa que del total de mujeres con lesiones acetoblancas que no respondieron a la Crioterapia el mayor porcentaje 57.1% (4) presentaron anemia. Y en el grupo de mujeres que respondieron al tratamiento con Crioterapia el 97.7% (84) no presentaron anemia ($p < 0.05$) y según la prueba estadística riesgo relativo (RR) la probabilidad de no recuperarse al tratamiento con Crioterapia es de 22 veces más en aquellas mujeres con anemia, con lo que se concluye que el tratamiento de lesiones acetoblancas con Crioterapia responde negativamente en mujeres anémicas.

Vega Garay, Yesenia (Ayacucho-2015), en el estudio titulado "Efectividad de la crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres atendidas en el centro de salud de San Juan Bautista. 2012- 2014", reporta que del total de mujeres con lesiones acetoblancas que no respondieron a la Crioterapia el mayor porcentaje 66,7% (6) presentaron anemia. Y en el grupo de mujeres que respondieron al tratamiento con Crioterapia el 77,6% (38) no presentaron anemia¹⁴.

En un artículo denominado “Coadyuvantes de la cicatrización” nos menciona que la anemia afecta la síntesis de colágeno de la herida por el poco nivel de oxígeno contenido en la sangre, pero si incrementamos en estos pacientes con anemia la PO₂ en sangre a niveles de cien por cien, la saturación de hemoglobina permitirá mayor difusión de oxígeno para la herida, la misma que aumenta su síntesis de colágeno²⁵. Estudio que coincide a rivera escalante víctor, "fisiología de la cicatrización", donde reporta que la anemia altera la tensión de oxígeno en los tejidos; además, la vasoconstricción asociada al aumento de la viscosidad de la sangre pueden producir efectos profundos sobre la tensión local de oxígeno y por lo tanto afectar la cicatrización, por lo que las heridas necesitan recibir cantidades adecuadas de oxígeno para cicatrizar de manera apropiada. De la presente base teórica e investigaciones antes citadas podemos concluir que la anemia influye negativamente en el tratamiento con crioterapia fortaleciendo así el resultado de la presente investigación ²⁶.

TABLA 07: PARIDAD EN RELACIÓN A LA EFICACIA DE LA CRIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES ACETOBLANCAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS 2012-2017.

| PARIDAD | EFICACIA(control al año) | | | |
|------------------|--------------------------|------|-----------------|------|
| | NO | | SI | |
| | (IVAA positivo) | | (IVAA negativo) | |
| | N° | % | N° | % |
| Múltipara | 6 | 85.7 | 73 | 84.9 |
| Primípara | 1 | 14.3 | 13 | 15.1 |
| TOTAL | 7 | 100 | 86 | 100 |

RR: 1.1

FUENTE: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 0,000$$

$$\chi_t^2 = 3.841$$

$$G.L. = 1$$

$$p > 0.05$$

En la tabla 07 se observa que del total de mujeres con lesiones acetoblancas que no respondieron a la Crioterapia el mayor porcentaje 85.7% (6) fueron múltiparas. Y en el grupo de mujeres que respondieron al tratamiento con Crioterapia el 84.9 % (50) fueron también múltiparas.

Los resultados sometidos al análisis estadístico de Chi cuadrado a un nivel de confianza del 95% nos muestra que no existe asociación entre la paridad y la eficacia de la Crioterapia ($p > 0.05$) sin embargo según la prueba estadística riesgo relativo (RR) la probabilidad de no recuperarse al tratamiento con Crioterapia es 1.1 veces más en aquellas mujeres múltiparas, por lo que se concluye que el tratamiento de lesiones acetoblancas con Crioterapia responde negativamente en múltiparas en comparación a las mujeres nulíparas y primíparas.

Los resultados de la presente investigación difieren con los reportados por Vega Garay, Yesenia (Ayacucho-2015), en el estudio titulado "Efectividad de la

crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres atendidas en el centro de salud de San Juan Bautista. 2012- 2014", notifica que del total de mujeres con lesiones acetoblancas que no respondieron a la Crioterapia el mayor porcentaje 98,9% (8) fueron multíparas¹⁴.

Podemos demostrar que la multiparidad influye negativamente en el tratamiento de lesiones acetoblancas con Crioterapia, debido a que estos resultados se sustentan en la teoría, que el incremento número de partos vaginales están expuestas a traumatismos cervicales, desgarros con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix donde generalmente es la zona más afectada por estas modificaciones cervicales la regeneración del epitelio cervical no se realizara con normalidad por lo que se considera que la multiparidad va ser un factor de riesgo para la intervención neoplásicas y dificultara la cicatrización de la lesión después de la Crioterapia²⁷.

TABLA 08: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON LESIONES ACETOBLANCAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS. 2012 – 2017.

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|----------------|------------|------------|
| EDAD | JOVEN | 14 | 15.1 |
| | ADULTO | 79 | 84.9 |
| | TOTAL | 93 | 100 |
| ESTADO CIVIL | SOLTERA | 6 | 6.5 |
| | CONVIVIENTE | 70 | 75.3 |
| | CASADA | 16 | 17.2 |
| | VIUDA | 1 | 1.1 |
| | TOTAL | 93 | 100 |
| GRADO DE INSTRUCCION | SIN ESTUDIOS | 0 | 0 |
| | PRIMARIA | 21 | 22.6 |
| | SECUNDARIA | 56 | 60.2 |
| | SUPERIOR | 16 | 17.2 |
| | TOTAL | 93 | 100 |
| PARIDAD | NULIPARA | 1 | 1.1 |
| | PRIMIPARA | 12 | 12.9 |
| | MULTIPARA | 56 | 60.2 |
| | GRAN MULTIPARA | 24 | 25.8 |
| | TOTAL | 93 | 100 |

FUENTE: Ficha de recolección de datos

En la tabla 08 se observa que del total de mujeres en edad fértil con lesiones acetoblancas, el mayor porcentaje fueron mujeres adultas 84.9% (79), de estado civil conviviente 75.3% (70), con grado de instrucción secundaria 60.2% (56) y multiparas 60,2% (56).

Torrigo Aponte, William. (Bolivia 2010), en el estudio titulado: "Crioterapia en el manejo de las lesiones intraepiteliales del cérvix uterino Hospital Materno Infantil Germán Urquidi 2007 - 2008", reporta que las lesiones acetoblancas se presentan en mayor frecuencia en pacientes de 25 a 29 años 31,7%¹⁰.

Además, Vega Garay, Yesenia (Ayacucho-2015), en el estudio titulado "Efectividad de la crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres atendidas en el centro de salud de San Juan Bautista. 2012- 2014", se notifica que del total de mujeres con lesiones acetoblancas, el mayor porcentaje fueron mujeres adultas (de 25 a 49 años) 93.1% (54), multíparas 79,3% (46), con instrucción secundaria 62,1% (36)¹⁴.

Los resultados de la presente investigación evidencian que las mujeres que acudieron a consultorio para su evaluación y tratamiento, son adultas con un grado de instrucción secundaria, multíparas y en su mayor porcentaje convivientes. Estos resultados ponen en evidencia y afirman lo ya conocido en la literatura donde se debería poner más énfasis en aquellas mujeres que han tenido dos o más hijos ya que tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino y esto porque se produce cambios hormonales que podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral, así también como en aquellas mujeres de sin instrucción porque posiblemente no son conscientes del riesgo elevado de morbi-mortalidad al cual están inmersas al no realizarse controles anuales para acceder a un tratamiento oportuno.

CONCLUSIONES

1. La mayor prevalencia de lesiones acetoblancas por Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) se presentó en el año 2016 con un 24.7% seguido de un 22.6% el año 2013.
2. La Crioterapia como tratamiento de lesiones acetoblancas por Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) tuvo una efectividad del 92.5% al realizar el control un año después del diagnóstico.
3. El principal efecto secundario del tratamiento de Crioterapia en mujeres con lesiones acetoblancas fue la leucorrea con 24.7%.
4. La eficacia de la crioterapia está relacionado con el IMC, anemia y paridad.
5. Las mujeres con lesiones acetoblancas por Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados fueron mujeres adultas (de 26 a 49 años) 84.9% (79), con estado civil convivientes 75.3% (70), con instrucción secundaria 60.2% (56) y el 60,2% (56) tuvieron fueron multíparas.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el Centro de Salud Los Licenciados, debe cubrir el examen de IVAA a toda la población de mujeres en edad reproductiva de su área jurisdiccional, realizando un sistema de seguimiento que garantice el diagnóstico de lesiones acetoblancas, brindar un tratamiento oportuno con crioterapia y evitar las deserciones; así mismo gestionar la posibilidad de facilitar la capacitación del personal en Obstetricia en IVAA y Crioterapia.
2. A los servicios de salud que ofrecen el tratamiento de crioterapia tener mayor énfasis en aquellas pacientes con obesidad, anémicas y multíparas.
3. A la Escuela Profesional de Obstetricia, se sugiere incorporar en las asignaturas de especialidad, de los planes curriculares, contenidos relacionados a Crioterapia, para lograr competencias en el manejo de lesiones precancerosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Mike Chirenje.** El impacto global del cáncer de cuello uterino. África. 2013.
2. **Mirabal Toledo M, Morón Cortijo C.** Ministerio de salud. Instituto Nacional de Salud. "Manual de procedimientos para el diagnóstico en citología cérvico uterina". Serie de técnicas n° 43. Lima; 2005.
3. **Sankaranarayanan R, Bhatla N, Gravitt PE, et al.** Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer Prevention in India, Bangladesh, Sri Lanka and Nepal. Vaccine. 2008; 26 (Suppl 12):M43M52.
4. **Luciani S, Winkler, J.** Prevención del cáncer cervicouterino en el Perú: lecciones aprendidas del proyecto demostrativo tamizaje y tratamiento inmediato (TATI) de las lesiones cervicouterinas. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 2006.
5. **Francisco Javier Ochoa Carrillo, et al.** Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. Vol 14. Mexico. 2015.
6. **M. Almonte R. Murillo, G.I Sanchez, et al.** Salud pública de Mexico. 2010.
7. **Liga contra el cáncer.** Cáncer del cuello uterino. Lima. Perú. 2016.
8. **Organización Mundial de la Salud.** Tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. 2014.
9. **Wendy Castro, M.H.S y PATH Julia Gage, et al.** Eficacia, Seguridad y Aceptabilidad de la Crioterapia. 2003.

10. **Torrigo Aponte, et al.** Crioterapia en el manejo de las lesiones intraepiteliales del cervix uterino Hospital Materno Infantil “Germán Urquidi 2007 – 2008. Bolivia. 2010.
11. **MIREYA VELASCO.** Efectividad y seguridad de la Crioterapia como tratamiento en pacientes con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo grado, que consultan en el Hospital Primero de Mayo, Enero - Diciembre del 2010. San Salvador. 2013.
12. **Felix Moreno, Walter Geovany.** Eficacia de la crioterapia a través de correlación diagnóstica de citología, colposcopia e histología en pacientes que acuden al hospital Roosevelt con Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I y II. Guatemala. 2014.
13. **Enciso Huaytalla, Zulma Tania.** Factores asociados a lesiones cervicales por inspección visual con ácido acético en mujeres en edad fértil Centro de Salud San Juan Bautista. Noviembre 2012-abril-2013. Ayacucho. 2013.
14. **Vega Garay, Yesenia.** Efectividad de la crioterapia en el tratamiento de lesiones acetoblancas en mujeres atendidas en el centro de salud de San Juan Bautista. 2012- 2014. Ayacucho. 2015.
15. **Gino Giovanni Venegas Rodríguez.** Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Perú. Junio 2017.
16. **Ministerio de salud pública y asistencia social.** Manual para tamizaje del cáncer cervicouterino. Guatemala. 2010.
17. **La prevención de cáncer cervical a nivel mundial. 2004,** Population Reference Bureau. Disponible en: http://screening.iarc.fr/doc/PRBACCP_PreventCervCancer_SP.pdf.

18. **American Cancer Society.** Factores de riesgo de cáncer de cuello uterino. Estados Unidos. Atlanta.2014
19. **Sellors, John W. y Sankaranarayanan R.** La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Washington, D.C. 2003.
20. **Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.** Guía de inspección visual con ácido acético (IVAA) en el tamizaje de lesiones premalignas de cuello uterino. Trujillo. Perú. 2012.
21. **Amira Alkourdi Martínez.** Actualización en el cáncer de cérvix. Granada .29 de enero de 2015.
22. **Dirección General de Promoción y Prevención.** Guía para el manejo de las lesiones preinvasivas de cuello uterino. Colombia.2013.
23. **Castro W. y et al.** Prevención del cáncer cérvicouterino: análisis exhaustivo de temas, Alianza para la Prevención del Cáncer Cérvicouterino (ACCP). Eficacia, seguridad y aceptabilidad de la crioterapia. 1 a ed. Traducido al castellano por la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS- 2003. Pág. 55- 57.
24. **M. Muñoz y et al.** Obesidad y sistema inmune. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.madrid. vol.19 no.6. 2004.
25. **Clínica Hiperbarica del valle.** Coadyuvantes de la cicatrización. <http://www.hiperbaricadelvalle.com/clinicadeheridas/coadyuvantesdelacicatrizacion.php>.
26. **Rivera Escalante Víctor P. et al.** Fisiología de la Cicatrización. [http://www.medicosecuador.com/librosecng/articulos/1/fisiologia de la_cicatricacion](http://www.medicosecuador.com/librosecng/articulos/1/fisiologia_de_la_cicatricacion). Htm.

27. **Garcés Rodríguez SM.** Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino. Rev Correo Científico Médico Holguin. 2010.

<http://www.cocmed.sld.cu/no141/no141ori01.htm>.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“EFICACIA DE LA CRIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES ACETOBLANCAS Y EFECTOS SECUNDARIOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS. 2012-2017”

N° DE FICHA :

1. DATOS GENERALES

FECHA:

EDAD:

Joven (18 -25 años)

Adulta (26 -49 años)

ESTADO CIVIL:

Soltera

Conviviente

Casada

Viuda

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Sin estudios

Primaria

Secundaria

Superior

PARIDAD:

Nulípara

Primípara

Múltipara

Gran múltipara

PESO:.....

TALLA:.....

IMC:.....

Bajo

Normal

Sobrepeso

Obesa

HEMOGLOBINA:.....

Si (<11.9 g/dl)

No (>12.0 g/dl)

IVAA

Negativo

Positivo

DX. IVAA (+) TRIBUTARIA A CRIOTERAPIA

Hallazgo:.....

.....

.....

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE CONTROL

“EFICACIA DE LA CRIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LESIONES ACETOBLANCAS Y EFECTOS SECUNDARIOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL .CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS. 2012- 2017”

1. DATOS GENERALES

FECHA:

EDAD:.....

PESO:

IMC:.....

Bajo Normal Sobrepeso Obesa

HEMOGLOBINA:

Si (<11.9 g/dl) No (>12.0 g/dl)

2. EFICACIA DE LA CRIOTERAPIA (DESPUES DE 1 AÑO)

| RESULTADO DE IVAA | DESCRIPCION |
|-------------------|-------------|
| IVAA POSITIVA | |
| IVAA NEGATIVA | |

3. EFFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO CON CRIOTERAPIA:

Flujo Vaginal

Estenosis

Dolor tipo cólico

Sangrado

Ninguno