



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

TRABAJO ACADÉMICO¹
FACTORES ASOCIADOS AL RESULTADO DE TAMIZAJE CON
INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA) EN
MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALTA MAR.
LA PERLA –CALLAO. DICIEMBRE 2016 - OCTUBRE 2017

PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA DE ESPECIALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA
CON MENCIÓN EN PREVENCIÓN DEL CÁNCER GINECOLÓGICO²

PRESENTADO POR
MARIA DEL PILAR ORDOÑEZ FERRO

ASESOR
MG. MATEO QUISPE, YRENE EVARISTA

LIMA – PERÚ

2018

¹ Llámese al trabajo académico, trabajo de investigación o tesis.

² Confirme la denominación correcta en la secretaría de Posgrado o Pregrado según le corresponda.



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir y transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSGRADO

TRABAJO ACADÉMICO

**FACTORES ASOCIADOS AL RESULTADO DE TAMIZAJE CON
INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA) EN
MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALTA MAR.
LA PERLA –CALLAO. DICIEMBRE 2016 - OCTUBRE 2017**

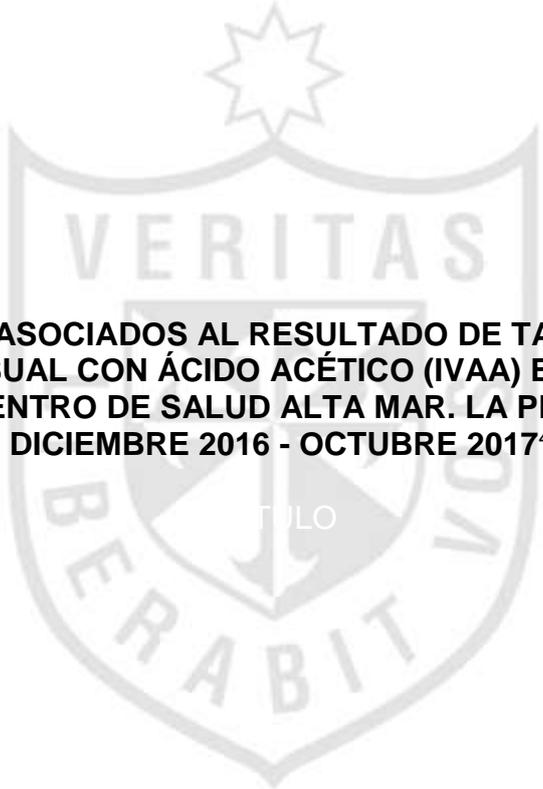
**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA DE ESPECIALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA
CON MENCIÓN EN PREVENCIÓN DEL CÁNCER GINECOLÓGICO³**

**PRESENTADO POR
MARIA DEL PILAR ORDOÑEZ FERRO**

**ASESOR
MG. MATEO QUISPE, YRENE EVARISTA**

**LIMA – PERÚ
2018**

³ Confirme la denominación correcta en la secretaría de Posgrado o Pregrado según le corresponda.



**FACTORES ASOCIADOS AL RESULTADO DE TAMIZAJE CON
INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA) EN MUJERES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALTA MAR. LA PERLA –CALLAO.
DICIEMBRE 2016 - OCTUBRE 2017⁴**

TULO

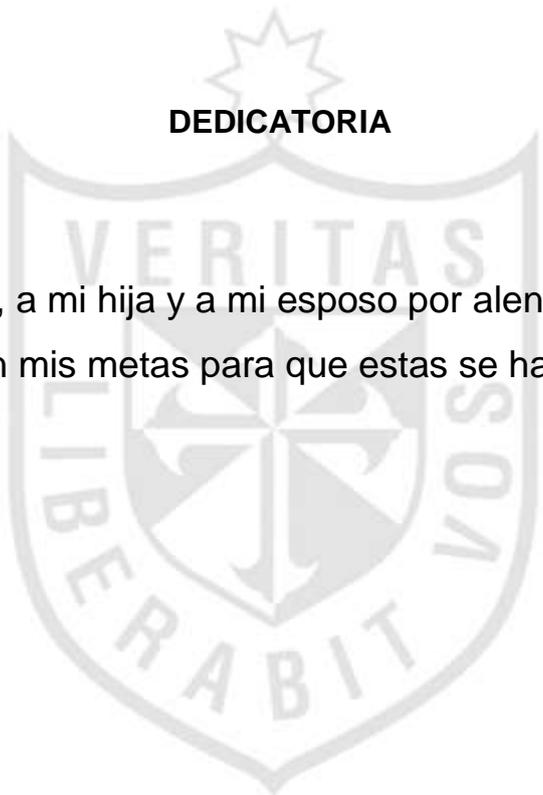
⁴ Llámese al trabajo académico, trabajo de investigación o tesis.

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a): Mg. Yrene Evarista Mateo Quispe

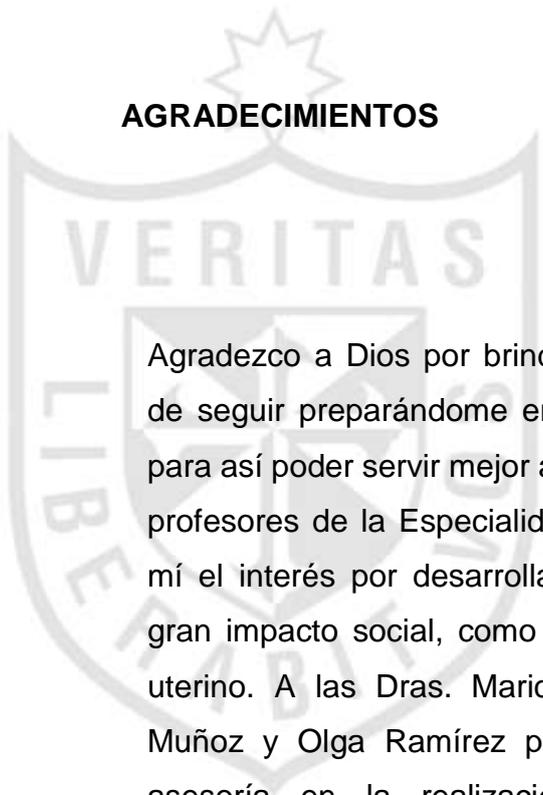
Miembros del jurado

Presidente	:	Dr. Iván Vojvodic Hernández
Vocal	:	Dra. Maricela Paredes Talavera
Secretaria	:	Dra. Mirtha Muñoz Hidrogo



DEDICATORIA

A mis padres, a mi hija y a mi esposo por alentarme a seguir adelante con mis metas para que estas se hagan realidad.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por brindarme la oportunidad de seguir preparándome en mi vida profesional para así poder servir mejor a la sociedad. Y a mis profesores de la Especialidad que motivaron en mí el interés por desarrollarme en un tema de gran impacto social, como es el cáncer cérvico uterino. A las Dras. Maricela Paredes, Mirtha Muñoz y Olga Ramírez por su gran apoyo y asesoría en la realización de la presente investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN	xi
ABSTRACT.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
2.1 Diseño metodológico	8
2.2 Población y muestra	8
2.3 Criterios de selección	10
2.4 Variables 11	
2.5 Técnica de recolección de datos	11
2.6 Técnica para el procesamiento de la información	12
2.7 Aspectos éticos	13
III. RESULTADOS.....	14
IV. DISCUSIÓN.....	32
V. CONCLUSIONES.....	43
VI. RECOMENDACIONES.....	44
FUENTES DE INFORMACIÓN	45
VII. ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

Nº de la tabla	Nombre de la tabla	Nº de pagina
1	Edad y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	14
2	Grado de instrucción y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	15
3	Estado civil y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	16
4	Procedencia y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	17
5	Edad de la menarca y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	18
6	Edad de inicio de relaciones sexuales y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	19
7	Número de embarazos y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	20
8	Parto y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	21
9	Cesárea y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	22
10	Número de partos y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	23

11	Número de cesáreas y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	24
12	Número de hijos y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	25
13	Número de parejas sexuales y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	26
14	Uso de anticonceptivos y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	27
15	Tipo de anticonceptivos y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	28
16	Toma de Papanicolaou y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	29
17	Número de tamizajes con Papanicolaou y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	30
18	Resultado de toma de Papanicolaou y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)	31

RESUMEN

Objetivo. Determinar los factores asociados al resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético en mujeres que acuden al Centro de Salud Alta Mar La Perla – Callao desde diciembre de 2016 hasta octubre del 2017.

Materiales y método. Investigación cuantitativa, analítica, transversal y prospectiva. Con un diseño de caso control. Muestra: Mujeres en edad fértil, 50 con resultado IVAA positivo y 50 con resultado IVAA negativo. En la ficha de recolección de datos se registró datos generales, factores y el resultado del tamizaje IVAA. Ellos fueron tabulados bajo el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows.

Resultados. Existe asociación entre el parto vaginal y resultado de IVAA negativo ($OR= 0,203$; $IC (li.)= 0.062$; $IC (ls.)= 0.665$). El 34% con IVAA positivo empezaron actividad sexual entre los 10 y 14 años. El 90% de con IVAA positivo ha tenido de 4 a más parejas sexuales. No existe correlación entre la toma de PAP y resultado de IVAA.

Conclusiones. El factor asociado al resultado de IVAA positivo es el parto vaginal. Los factores no asociados al resultado de IVAA positivo fueron la edad, el grado de instrucción, el estado civil, la procedencia, la cesárea y el uso de anticonceptivos. Existieron diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio de relaciones sexuales, número de embarazo, número de hijos y de pareja sexuales. No existe correlación significativa entre la toma de Papanicolaou y el resultado positivo de la inspección visual con ácido acético (IVAA).

Palabras clave: factores, ácido acético, neoplasias del cuello uterino



ABSTRACT

Objective. To determine the factors associated to the screening result with Visual Inspection with Acetic Acid (VIAA) in women who attend the Alta Mar Health Center La Perla - Callao from December 2016 to October 2017. **Materials and method.** Investigation of quantitative analytical, transversal and prospective type. With a case control design. Sample constituted by 100 women of childbearing age, 50 with positive VIAA result and 50 women with negative VIAA result. In the data collection form, general data, factors and the result of the VIAA screening were recorded. The data collected were ordered and tabulated under the statistical package SPSS version 22 for Windows. **Results.** There is an association between vaginal delivery and negative VIAA result (OR = 0.203, CI (li) = 0.062, CI (ls.) = 0.665). 34% of the VIAA positive women started sexual activity between 10 and 14 years old. 90% of VIAA positive women have had 4 or more sexual partners. There is no correlation between the taking of PAP and the result of VIAA. **Conclusions.** The factor associated with the positive VIAA result is vaginal delivery. The factors not associated with the positive VIAA result were the age of the patient, the level of education, marital status, origin, cesarean section and the use of contraceptives. However, there were statistically significant differences in the age of initiation of sexual relations, the number of pregnancies, number of children and number of sexual partners. There is no

significant correlation between taking Papanicolaou and the positive result of visual inspection with acetic acid (VIAA)

Key words: acetic acid, Uterine Cervical Neoplasms, factor



I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública que amenaza cada día la vida de millones de mujeres. Muchas de estas mujeres no tienen acceso a la promoción ni la prevención de lesiones pre malignas de cuello uterino, menos aún tienen disponibles servicios de salud para diagnóstico de cáncer o tratamiento del mismo. Cada año se diagnostican 528 000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino y el 50.4% de ellas mueren a causa de esta enfermedad.¹

Este tipo de cáncer se presenta en todo el mundo, pero la mayoría de casos nuevos se presentan en América Central, Sudamérica, África Oriental, Asia Meridional y Sudoriental y el Pacífico Occidental. Acorde al desarrollo de un país, el 12% de todos los cánceres que se reportan en países en vías de desarrollo se presentan en las mujeres. Las regiones consideradas de alto riesgo, con tasas de más de 30 casos por cada 100 000 mujeres, incluyen el este de África (42,7 casos), Melanesia (33,3 casos), el sur de África (31,5 casos), y el centro de África (30,6 casos). En cambio, las tasas de incidencia son más bajas en Australia / Nueva Zelanda (5,5 casos) y Asia occidental (4.4 casos)¹

La mortalidad varía en todas las regiones del mundo. Las tasas de mortalidad oscilaban entre menos de 2 muertes por cada 100 000 mujeres en el oeste de Asia, Europa Occidental y Australia / Nueva Zelanda a más de 20 muertes por cada 100 000 mujeres en Melanesia (20,6 muertes), el centro de África (22,2 muertes) y África oriental (27,6 muertes)¹.

El cáncer cérvico-uterino, que resulta de la infección persistente por determinados tipos del virus del papiloma humano (VPH), se desarrolla a lo largo de varios años, ofreciendo múltiples oportunidades para la prevención, incluyendo la vacunación frente al VPH y el tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas². Casi todos los casos de cáncer de cuello uterino son causados por el virus del papiloma humano (HPV). El VPH es un virus muy común que puede ser transmitida a través de cualquier tipo de contacto sexual con un hombre o una mujer. Además, hay más de 100 tipos diferentes de VPH, muchos de los cuales son inofensivos. Sin embargo, algunos tipos de VPH pueden causar cambios anormales en las células del cuello del útero, lo que eventualmente puede conducir al cáncer cervical. Dos cepas del virus HPV (VPH 16 y VPH 18) son conocidos como oncogénicos y son responsables del 70% de todos los casos de cáncer de cuello uterino. Este tipo de infección por VPH no presenta síntomas, por lo que muchas mujeres no se dan cuenta que tienen la infección³.

En la actualidad el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en el continente americano. Hasta el año 2012, se ha reportado más de 1,3 millones de muertes, de las cuales 611,000 fallecimientos ocurrieron en

América Latina y el Caribe. Asimismo, se ha determinado que 429,000 casos se pueden prevenir a través del reconocimiento y menor exposición a los factores de riesgo⁴.

En el Centro de Salud Alta Mar de la DIRESA Callao, 14,831 mujeres tienen entre 30 y 59 años siendo población en riesgo para presentar cáncer de cuello uterino. Asimismo, se ha observado un incremento en las patologías cervicales en 20% respecto al año anterior¹⁰, lo cual incrementa las tasas de morbilidad materna por cáncer de cuello uterino pese a las normas emitidas por el MINSA para disminuir estos índices, por lo que se consideró realizar este estudio por las implicancias que ocasiona esta patología tanto para la madre, familia, la comunidad, la sociedad y para el MINSA puesto que son personas que son aseguradas por SIS. Es importante mencionar que la población que asiste al consultorio de Obstetricia para tamizaje con IVAA en el centro de salud Alta Mar lo conforman mayormente amas de casa, de condición económica baja a media, con un nivel educativo de secundaria a superior técnico. Cabe resaltar, que en el centro de salud no se han realizado investigaciones relacionadas a este problema de salud pública.

En ese sentido, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores asociados al resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético en mujeres que acudieron al Centro de Salud Alta Mar La Perla – Callao desde diciembre 2016 hasta octubre de 2017?

Siendo el objetivo general determinar los factores asociados al resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético en mujeres que acuden al Centro de Salud Alta Mar La Perla – Callao de diciembre 2016 a octubre 2017. Los objetivos específicos fueron: Identificar los factores asociados al resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético en mujeres que acuden al Centro de Salud Alta Mar. Identificar los resultados de tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en mujeres que acuden al Centro de Salud Alta Mar. Conocer la correlación entre el tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y el Papanicolaou en mujeres que acuden al Centro de Salud Alta Mar.

Se plantea como hipótesis general para dar rumbo a esta investigación:

Los factores de riesgo se asocian con los resultados IVAA positivo en mujeres que acuden al Centro de Salud Alta Mar, La Perla –Callao de diciembre 2016 a octubre 2017.

Se considera relevante identificar los comportamientos más frecuentes en las mujeres en edad fértil para prevenir y dirigir acciones de prevención en esta población objetivo a fin de realizar diagnósticos oportunos.

La región a la que pertenece este Centro de Salud, presenta 90 casos nuevos de cáncer de cuello uterino cada año. Las edades en las que se presentan estos casos oscilan entre 30 a 59 años y reconociendo que nuestra población en este grupo etario es de 14,831 mujeres nos preocupa la presencia de cáncer de cérvix en estas mujeres. El tamizaje IVAA pretende

detectar lesiones precancerosas y, si son tributarias, sean tratadas oportunamente con crioterapia. El Papanicolaou y el IVAA son tamizajes que nos permitirán detectar lesiones precancerosas. Sin embargo, evaluaremos el resultado del tamizaje IVAA porque el resultado lo tendré el mismo día que recolectaré la información de la usuaria y, al ser capacitada en este tamizaje por el INEN, verificaré el resultado de dicho tamizaje. En relación al Papanicolaou, existen varios sesgos pues no solo participa la obstetra con la toma de la muestra sino es transportada y procesada no siempre de manera óptima, además se suma el tiempo de espera en el procesamiento de la muestra brindando los resultados al cabo de cuatro semanas. Es importante destacar que, al haber pocas investigaciones con este nuevo tamizaje IVAA, otra investigación relacionada al tema de cáncer de cuello uterino se utilizará como material de referencia para nuestra investigación. Por ello, considero de vital importancia realizar esta investigación para proporcionar a la institución resultados actualizados sobre esta problemática e instar a las profesionales Obstetras a continuar con más énfasis en su labor educativa de prevención y en el diagnóstico y tratamiento precoz y oportuno de las lesiones precancerosas. Asimismo, contribuir a detectar precozmente las lesiones precancerosas de cáncer de cuello uterino a través de su asociación con los factores de riesgo.

En el Perú, la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix más alta se observó en el departamento de Loreto con cifras de 18%, siguiéndole el departamento de Huánuco con 12.8%, Ucayali con 10.3%, Cerro de Pasco con 9.3% y Lima en 4.2%⁵ donde esta infección vírica afectó a los individuos sexualmente

activos. El período de mayor número de infecciones se presenta poco después de la iniciación de la vida sexual activa⁶. La mayoría de literaturas coinciden que los factores de riesgo para el VPH son el inicio de actividad sexual en menores de 17 años, multigestas, uso de anticonceptivos orales, número de parejas sexuales e infección por VIH. También mencionan el tabaquismo con un tiempo de 10-19 años de consumo y nunca haberse practicado una citología cervical⁷.

Cabe mencionar que los estudios científicos como el de Lazo E. y Aguilar F. en su investigación realizada en el Hospital II-2 Tarapoto⁸ obtuvieron los siguientes resultados: en cuanto a la edad, el 33.33% (14) de la población tenía entre 35 a 54 años, el 64.29% posee instrucción primaria, se aprecia que el 50% corresponde a las mujeres de estado civil casada, el 54.76% de las pacientes atendidas proceden de la zona urbana, en el distrito de residencia se observa que el 52.38% residen en otros distritos, el 30.95% en Tarapoto, El 93% tenían una menarquía entre los 12 y 14 años, El 50% tenían un inicio de relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, El 78% tenían entre 2 y 3 parejas sexuales, El 47.62% tenían de 3 a 5 embarazos, con 4 embarazos de mayor frecuencia, con un mínimo de 1 y un máximo de 11 embarazos, El 47.62%, tenían de 3 a 5 partos, con un mínimo de 0 y un máximo de 10 partos, El 62% hicieron uso de algún método anticonceptivo, El anticonceptivo más empleado es el AOC con 57.69%, el segundo más utilizado es el inyectable con 34.61%, el DIU y el preservativo solo con un 3.85%. Se llega a concluir que existe 22 (52.4%) casos de CA INSITU confirmado, y que de este grupo 9 están en grupo etario de 45 -54 siendo este el grupo más afectado, El 50%

de las pacientes con citología cérvico uterina alterada habían iniciado sus Relaciones Sexuales entre los 11 y 15 años. En el caso de este grupo de pacientes relacionados con esta edad se puede apreciar que 9 (42.9%) fueron diagnosticadas como NIC I, y que 9 (42.9%) pacientes con CIS, Con respecto al número de parejas sexuales se observa que 33 (78.6%) pacientes tuvieron de 2- 3 parejas sexuales y 16 pacientes de dicho grupo tenían CA INSITU. La relación entre las variables de estudio de Ji cuadrado (χ^2) y de Pearson es de (0.078), lo cual llega a la conclusión que, si existe relación entre los factores de riesgo con las citologías cervicales uterinas alteradas, como lo observamos también en Lima Metropolitana^{9,10,11}

Según estudios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas⁹ expuestas en el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, la incidencia de cáncer de cuello uterino es de 19.2 casos por 100,000 mujeres y una tasa de mortalidad de 7.9 por cada 100,000 mujeres. En el Callao, la incidencia se encuentra en 16.3 casos por cada 100,000 mujeres. La mayor incidencia se presenta en edades de 45 a 59 años y continúa el grupo entre 30 y 44 años.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Diseño metodológico

Esta investigación fue de tipo cuantitativo analítico, transversal y prospectivo. Es cuantitativo porque, estadísticamente, utilizó magnitudes numéricas por tanto los datos fueron cuantificables; es de tipo analítico porque contiene variables asociadas; es transversal porque la recolección de datos fue una vez en el tiempo y es prospectivo de acuerdo a la descripción de la recolección de datos. Con un diseño de caso control, con el fin de encontrar la asociación entre los factores y los resultados de tamizaje de cáncer de cuello uterino.

2.2 Población y muestra

2.2.1 Población

Mujeres en edad de 30 a 50 años que acudieron al Centro de Salud Alta Mar La Perla Callao, en el periodo de diciembre del 2016 a octubre del 2017, son un total de 1295 pacientes.

2.2.2 Muestra

La muestra estuvo representada por 50 mujeres en edad fértil de 30 a 50 años en cada grupo que fueron atendidas en el consultorio de Obstetricia para tamizaje con Inspección Visual con ácido acético- IVAA

en el Centro de Salud Alta Mar en el periodo de diciembre 2016 a octubre del 2017.

El muestreo fue de tipo no probabilístico, específicamente muestreo por conveniencia.

La muestra se obtuvo mediante la siguiente fórmula: Para el cálculo del tamaño muestral, estudio caso – control:

$$n = \frac{[Z_{\alpha}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{\beta}\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Donde:

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

Confiabilidad 95%: $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$,

Potencia 80%: $Z_{1-\beta} = 0.84$

P1: Proporción de casos (resultado positivo) expuestos a algún factor, se estimó en aproximadamente 40.0%

P2: Proporción de controles (resultado negativo) expuestos a algún factor, se estimó alrededor del 15%

P1: 0.4, $q_1=1-p_1$, $q_1= 0.6$

P2: 0.15, $q_2=0.85$

$P = (P_1+P_2)/2$

$P = (0.4+0.15)/2$

$P = 0.275$

Reemplazando datos:

$$n = \frac{[1.96\sqrt{2 * 0.275(1 - 0.275)} + 0.84\sqrt{0.4 * 0.6 + 0.15 * 0.85}]^2}{(0.4 - 0.15)^2}$$

N = 50

Total de la muestra estuvo constituida por 50 mujeres en cada grupo.

2.3 Criterios de selección

Criterios de Inclusión del grupo caso

Mujeres adultas en edad entre 30 y 50 años, con resultados IVAA positivo atendidas en el consultorio de Obstetricia para tamizaje con Inspección Visual con ácido acético (IVAA) en el Centro de Salud Alta Mar en el periodo de diciembre 2016 a octubre del 2017.

Criterios de exclusión del grupo caso

- Gestantes
- Mujeres con menopausia
- Mujeres con antecedente de cáncer

Criterios de selección de las mujeres del grupo control

Criterios de Inclusión del grupo control

Mujeres adultas en edad fértil (entre 30 y 50 años) con resultados IVAA negativo que acudieron al consultorio de Obstetricia para tamizaje con Inspección Visual con ácido acético (IVAA) en el Centro de Salud Alta Mar en el periodo de diciembre 2016 a octubre del 2017.

Criterios de exclusión del grupo control

- Gestantes
- Mujeres con menopausia
- Mujeres con antecedente de cáncer

2.4 Variables

- Variable 1: Factores asociados
- Variable 2: Resultado de tamizaje con inspección visual con ácido acético (IVAA)
- Variables de control:
 - Edad
 - Grado de instrucción
 - Estado civil
 - Procedencia
 - Distrito

2.5 Técnica de recolección de datos

La colecta de datos se realizó previa autorización correspondiente.

Se asistió de lunes a viernes de 8 a 14 horas, constituyendo 6 horas de trabajo semanal.

Se aplicó una encuesta diseñada para el desarrollo de la investigación donde se consideró los posibles factores con los criterios de inclusión y exclusión las cuales fueron seleccionadas para realizarles el IVAA., previo consentimiento informado, seguidamente se aplicó el instrumento elaborado para el tamizaje con IVVA en el consultorio de Obstetricia para

tamizaje con Inspección Visual con ácido acético- IVAA en el Centro de Salud Alta Mar en el periodo de diciembre 2016 a octubre del 2017.

Las mujeres presentaron resultados de IVAA positivo, conformaron el grupo caso y mujeres con resultados de IVAA negativo conformaron el grupo control.

El instrumento fue validado por juicio de expertos (Anexo E). Los resultados de tamizaje basado en Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) fueron obtenidos de las Fichas de tamizaje IVAA del INEN¹¹ en las historias clínicas, obteniendo los resultados de IVAA positivo e IVAA negativo.

2.6 Técnica para el procesamiento de la información

Los datos recolectados fueron ordenados y tabulados bajo un sistema computarizado, empleando el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows. Con el fin de realizar el análisis, se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

Los resultados fueron considerados estadísticamente significativos si $p < 0.05$, para comprobar estas significancias nos apoyamos en los estadísticos: Chi Cuadrado. Además, se analizó la estimación de riesgo a través del Odds ratio.

2.7 Aspectos éticos

La ejecución del presente estudio se realizó luego de recibida la correspondiente autorización del Comité de Ética del Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad San Martín de Porres, con el fin de dar cumplimiento al principio de respeto a la dignidad humana.

Dado que esta investigación no es de tipo experimental, no existió el riesgo de daños a las personas, ya que no hubo ningún tipo de experimentación o intervención dentro del mismo. Se garantizó el anonimato de los/as participantes y se les garantizó el manejo confidencial de la información.

En relación a los principios éticos:

Autonomía: La investigadora reconoce que el respeto a la autonomía implica el derecho del paciente a aceptar o rechazar ser parte de esta investigación, en cualquier etapa del estudio. Asimismo, la aplicación se dio mediante el consentimiento informado.

Beneficencia: La aplicación de este instrumento permitió recabar información sobre factores asociados al resultado de tamizaje con inspección visual con ácido acético (IVAA)

No maleficencia: la participación en esta investigación no causó ningún daño a los colaboradores, por el contrario, se brindó mejores herramientas para determinar los factores asociados al resultado de tamizaje con inspección visual con ácido acético (IVAA)

Justicia: Las participantes de la presente investigación garantizaron un trato justo, la reserva de su identidad y la utilización de la información brindada para fines exclusivamente científicos.

III. RESULTADOS

TABLA 1

Edad y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Edad	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	IVAA Positivo	
De 30 a 40 años	31 62,0%	35 70,0%	66 66,0%
De 41 a 50 años	19 38,0%	15 30,0%	34 34,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

χ^2 0,713 gl= 1 p= 0,398

OR= 0,699 IC (li.) = 0.304 IC (ls.) = 1.607

El 70% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) tiene entre 30 y 40 años, porcentaje similar se tiene en el grupo control (IVAA negativo) con 62%. Asimismo, el mayor porcentaje (38%) de las mujeres con IVAA negativo tiene entre 41 y 50 años. Con un valor de p mayor a 0,05 concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos etarios.

En esta tabla se observa el factor de riesgo (edad) y el efecto (resultado de IVAA). Con un Odds ratio de 0.699, con un límite inferior menor a 1 y límite superior del intervalo de confianza de 1.607, es decir contiene y es mayor a la unidad se concluye la ausencia de asociación entre el factor y la variable de respuesta. No hubo una asociación significativa entre ambas variables.

TABLA 2

Grado de instrucción y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Grado de instrucción	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	IVAA Positivo	
Primaria	2 4,0%	2 4,0%	4 4,0%
Secundaria	31 62,0%	35 70,0%	66 66,0%
Superior	17 34,0%	13 26,0%	30 30,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

chi² 0,776 gl= 2 p = 0,678

El 70% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) tiene educación secundaria, resultados similares se encontraron en el grupo control. Sin embargo, se encontró mayor porcentaje de mujeres con educación superior (34%) en el grupo caso que en el grupo control. Con un valor de p mayor a 0,05 concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

TABLA 3

Estado civil y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Estado civil	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	IVAA Positivo	
Soltera	12	17	29
	24,0%	34,0%	29,0%
Casada	14	11	25
	28,0%	22,0%	25,0%
Conviviente	22	22	44
	44,0%	44,0%	44,0%
Viuda	2	0	2
	4,0%	0,0%	2,0%
Total	50	50	100
	100,0%	100,0%	100,0%

chi² 3,222 gl= 4 p = 0,521

El 44% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) y del grupo control son convivientes. No obstante, se encontró mayor porcentaje de mujeres solteras (34%) en el grupo caso que en el grupo control (24%). Asimismo, se determinó un mayor porcentaje de casadas en el grupo control que en el grupo caso. Con un valor de p mayor a 0,05 concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

TABLA 4

Procedencia y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Procedencia	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	IVAA Positivo	
Urbano	45 90,0%	49 98,0%	94 94,0%
Urbano marginal	5 10,0%	1 2,0%	6 6,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

chi² 2,837 gl= 1 p= 0,092

OR= 0,184 IC (li.) = 0.021 IC (ls.)= 1.633

El mayor porcentaje de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) y del grupo control (IVAA negativo) provienen de zonas urbana y un mínimo porcentaje reside en zonas urbano marginales. Con un valor de p mayor a 0,05 concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

En esta tabla se observa el factor (zona de procedencia) y el efecto (resultado de IVAA). Con un Odds ratio de 0.184, con un límite inferior menor a 1 y límite superior del intervalo de confianza de 1.633, es decir contiene y es mayor a la unidad se concluye la ausencia de asociación entre el factor y la variable de respuesta. No hubo una asociación significativa entre ambas variables.

TABLA 5

Edad de la menarca y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Edad de la menarca	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	IVAA Positivo	
10 a 14 años	43 86,0%	43 86,0%	86 86,0%
15 a 19 años	6 12,0%	4 8,0%	10 10,0%
De 20 años a más	1 2,0%	3 6,0%	4 4,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

chi² 1,400 gl= 2 p= 0,497

El mayor porcentaje de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) y del grupo control (IVAA negativo), específicamente en el 86% iniciaron su periodo menstrual entre los 10 y 14 años. Asimismo, los casos de IVAA negativo se presentaron en mayor porcentaje en las mujeres que iniciaron menstruación entre 15 y 19 años. Además, un 6% de mujeres con IVAA positivo inició su menstruación posterior a los 19 años. Con un valor de p mayor a 0,05 concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

TABLA 6

Edad de inicio de relaciones sexuales y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Edad de inicio de relaciones sexuales	Resultado del último IVAA		
	Negativo	IVAA Positivo	Total
10 a 14 años	4 8,0%	17 34,0%	21 21,0%
15 a 19 años	25 50,0%	30 60,0%	55 55,0%
De 20 años a más	21 42,0%	3 6,0%	24 24,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

χ^2 22,002 gl= 2 p= 0,017

El mayor porcentaje de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo), específicamente en el 60%, iniciaron relaciones sexuales entre 15 a 19 años. Asimismo, la mitad del grupo control también inició relaciones sexuales en la misma edad. Es importante resaltar que el 34% de las mujeres IVAA positivo empezaron actividad sexual entre los 10 y 14 años. Sin embargo, en relación a los IVAA negativo, es importante mencionar que el 42% empezó actividad sexual después de los 19 años. Con un valor de p menor a 0,05 concluimos que existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

TABLA 7

Número de embarazos y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Número de embarazos	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	IVAA Positivo	
Ninguno	15 30,0%	1 2,0%	16 16,0%
1 a 2	27 54,0%	33 66,0%	60 60,0%
3 a 5	8 16,0%	16 32,0%	24 24,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

chi² 15,517 gl= 2 p= 0,005

El 98% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) ha tenido por lo menos un embarazo, específicamente 66% para 1 a 2 embarazos y 32% de 3 a 5 embarazos, en contraste con el 30% de los IVAA negativo que no ha tenido embarazo alguno. Con un valor de p menor a 0,05 concluimos que existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

TABLA 8

Parto vaginal y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Parto Vaginal	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	Positivo	
Sí	35 70,0%	46 92,0%	81 81,0%
No	15 30,0%	4 8,0%	19 19,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

chi² 7,862 gl= 1 **p= 0,005**

OR= 0,203 **IC (li.) = 0.062** **IC (ls.)= 0.665**

El mayor porcentaje de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) culminó su gestación por vía vaginal en contraste con el 70% del grupo control. Con un valor de p menor a 0,05 concluimos que existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

En esta tabla se observa el factor (parto) y el efecto (resultado de IVAA). Con un Odds ratio de 0.203, es decir menor a 1 se afirma que existe asociación entre el parto por vía vaginal y el resultado de IVAA. Con un límite inferior menor a 1 y límite superior del intervalo de confianza de 0.665, se concluye la asociación entre el factor y la variable de respuesta. Existe una asociación significativa entre ambas variables.

TABLA 9
Cesárea y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético
(IVAA)

Cesárea	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	Positivo	
Sí	13 26,0%	20 40,0%	33 33,0%
No	37 74,0%	30 60,0%	67 67,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

chi² 2,216 gl= 1 p= 0,137

OR= 0,527 IC (li.) = 0.226 IC (ls.)= 1,231

El 40% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) culminó su gestación por vía abdominal en contraste con el 26% del grupo control. Con un valor de p mayor a 0,05 concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

En esta tabla se observa el factor de riesgo (cesárea) y el efecto (resultado de IVAA). Con un Odds ratio de 0.527, con un límite inferior menor a 1 y límite superior del intervalo de confianza de 1.231, es decir contiene y es mayor a la unidad se concluye la ausencia de asociación entre el factor y la variable de respuesta. No hubo una asociación significativa entre ambas variables.

TABLA 10

Número de partos y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Número de partos	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	IVAA Positivo	
Ninguno	15 30,0%	4 8,0%	19 19,0%
1 a 2	27 54,0%	33 66,0%	60 60,0%
3 a 5	8 16,0%	13 26,0%	21 21,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

chi² 8,159 gl= 2 p= 0,017

De los embarazos, el 92% de las mujeres IVAA positivo culminaron su gestación en parto, en comparación con el 70% de las mujeres con IVAA negativo que también tuvieron partos eutócicos. Con un valor de p menor a 0,05 concluimos que existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

TABLA 11

Número de cesáreas y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Número de cesáreas	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	IVAA Positivo	
Ninguno	37	30	67
	74,0%	60,0%	67,0%
1 a 2	13	20	33
	26,0%	40,0%	33,0%
Total	50	50	100
	100,0%	100,0%	100,0%

chi² 2,216 gl= 1 p= 0,137

En relación a las cesáreas, el 40% de las mujeres IVAA positivo culminaron su gestación por vía alta, en comparación con el 26% de las mujeres con IVAA negativo que también tuvieron partos distócicos. Con un valor de p mayor a 0,05 concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

TABLA 12

Número de hijos y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Número de hijos	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	IVAA Positivo	
Ninguno	15 30,0%	3 6,0%	18 18,0%
1 a 2	27 54,0%	31 62,0%	58 58,0%
3 a 5	8 16,0%	16 32,0%	24 24,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

chi² 10,943 gl= 2 p= 0,004

En relación al número de hijos, el 62% de las mujeres IVAA positivo tiene entre 1 y 2 hijos con resultados similares en el 54% de las mujeres del grupo control. El grupo de mujeres IVAA negativo, específicamente 30% no ha tenido hijos en contraste con el 6% de las mujeres IVAA positivo. Asimismo, el 32% de las mujeres con resultado positivo tiene más de 3 hijos en comparación con el 16% de las féminas del grupo control. Con un valor de p menor a 0,05 concluimos que existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

TABLA 13

Número de parejas sexuales y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Número de parejas sexuales	Resultado del último IVAA		
	Negativo	IVAA Positivo	Total
1	9 18,0%	1 2,0%	10 10,0%
2 a 3	36 72,0%	4 8,0%	40 40,0%
De 4 a más	5 10,0%	45 90,0%	50 50,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

chi² 64,000 gl= 2 p= 0,00001

En relación al número de parejas sexuales, el 90% de las mujeres IVAA positivo ha tenido de 4 a más parejas sexuales en contraste con el 10% de las mujeres con resultado negativo. Asimismo, el 90% de las mujeres con resultado IVAA negativo ha tenido como máximo 3 parejas sexuales. El grupo de mujeres IVAA negativo, específicamente 18%, solo ha tenido una pareja sexual. Con un valor de p menor a 0,05 concluimos que existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

TABLA 14

Uso de anticonceptivos y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Uso de anticonceptivos	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	IVAA Positivo	
Si	43 86,0%	47 94,0%	90 90,0%
No	7 14,0%	3 6,0%	10 10,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

chi² 1,778 gl= 1 p= 0,182

OR= 2.1348 IC (li.) = 0,519 IC (ls.) = 8,782

En relación al uso de anticonceptivos, el 94% de las mujeres IVAA positivo ha utilizado un método anticonceptivo en contraste con el 86% de las mujeres con resultado negativo. Asimismo, aquellas que no usaron método anticonceptivo obtuvieron resultado IVAA negativo (14%). Con un valor de p mayor a 0,05 concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

En esta tabla se observa el factor de riesgo (uso de anticonceptivos) y el efecto (resultado de IVAA). Con un Odds ratio de 2.1348, con un límite inferior menor a 1 y límite superior del intervalo de confianza de 8.782, se concluye que la asociación entre el factor y la variable de respuesta no es significativa.

TABLA 15

Tipo de anticonceptivos y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Tipo de anticonceptivo	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	IVAA Positivo	
Ninguno	7 14,0%	3 6,0%	10 10,0%
Anticonceptivos orales combinados	6 12,0%	16 32,0%	22 22,0%
Inyectable mensual	9 18,0%	5 10,0%	14 14,0%
Inyectable trimestral	12 24,0%	17 34,0%	29 29,0%
Preservativo	11 22,0%	2 4,0%	13 13,0%
Dispositivos intrauterinos	5 10,0%	7 14,0%	12 12,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

chi² 14,714 gl= 5 p= 0,012

En relación al tipo de anticonceptivos, el 34% de las mujeres IVAA positivo ha utilizado un método inyectable trimestral en contraste con el 24% de las mujeres con resultado negativo. Asimismo, el 4% de las mujeres IVAA positivo utiliza preservativo en contraste con el 22% de las féminas con IVAA negativo. Además, el 32% de las mujeres IVAA positivo usa anticoncepción oral combinada. Con un valor de p menor a 0,05 concluimos que existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

TABLA 16

Toma de Papanicolaou y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Papanicolaou	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	IVAA Positivo	
Si	47 94,0%	49 98,0%	96 96,0%
No	3 6,0%	1 2,0%	4 4,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

chi² 1,042 gl= 1 p= 0,307

OR= 0,320 IC (li.) = 0,02 IC (ls.) 3,184

El 98% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) se realizó el tamizaje Papanicolaou en resultados similares con el grupo control. Con un valor de p mayor a 0,05 concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

En esta tabla se observa que no existe correlación significativa entre la toma de Papanicolaou y el resultado de IVAA.

TABLA 17

Número de tamizajes con Papanicolaou y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Número de PAP	Resultado del último IVAA		Total
	Negativo	IVAA Positivo	
Ninguno	3 6,0%	1 2,0%	4 4,0%
1 a 2	29 58,0%	19 38,0%	48 48,0%
3 a 5	15 37,5%	25 62,5%	40 100,0%
De 6 a más	3 6,0%	5 10,0%	8 8,0%
Total	50 100,0%	50 100,0%	100 100,0%

chi² 6,083 gl= 3 p= 0,108

El 62.5% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) se realizó el tamizaje Papanicolaou de 3 a 5 veces en toda su vida en contraste con el 37.5% del grupo control. Las usuarias con diagnóstico IVAA negativo se realizaron el tamizaje PAP de 1 a 2 veces en el 58% de los casos. Con un valor de p mayor a 0,05 concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

TABLA 18

Resultado de toma de Papanicolaou y resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Resultado del último PAP	Resultado del último IVAA		
	Negativo	IVAA Positivo	Total
Negativo	46 98,0%	49 100,0%	95 99,0%
ASCUS	1 2,0%	0 0,0%	1 1,0%
Total	47 100,0%	49 100,0%	96 100,0%

chi² 1,010 gl= 1 p= 0,315

El 100% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) se realizó el tamizaje Papanicolaou y tuvo resultado negativo. Similares resultados se encontraron en el grupo control. Con un valor de p mayor a 0,05 concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables

IV. DISCUSIÓN

A continuación, se presentarán los resultados contrastados con otras investigaciones. Para brindar un esquema organizado, la discusión será realizada en orden de presentación de las tablas estadísticas.

El cáncer del cuello del útero es uno de los problemas de salud pública más graves entre las mujeres que residen en países en vías de desarrollo como lo expresa Natphopsuk¹². Asimismo, De Oro-Sibaja & Yaguna¹³ afirman que el cáncer de cérvix constituye la segunda patología más frecuente entre todas las mujeres. Además, existen factores predisponentes para contraer o desarrollar cáncer de cuello uterino. Actualmente, diversos estudios reconocen que los tipos de alto riesgo del virus del papiloma humano (VPH), especialmente el VPH 16 y 18, juegan un papel importante en el génesis de carcinoma cervical. Sin embargo, la mayoría de las infecciones por VPH en el cuello uterino se resuelven espontáneamente y algunas mujeres infectadas desarrollan cáncer de cuello uterino¹².

TABLA 1

En la presente tabla el 70% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) y 62% de las mujeres del grupo control (IVAA negativo) tiene entre 30 y 40 años. Solo 38% de las mujeres con IVAA negativo tiene entre 41 y 50 años.

Al realizar OR, se concluye que no existe asociación significativa entre ambas variables. Resultados similares encontraron Li *et al*¹⁴, quienes concluyeron que la edad promedio de los participantes fue de 40,9 años. Sherris *et al*¹⁵ determinaron que las pruebas de tamizaje en cáncer cervical alcanzaron mayor impacto en la salud pública entre 30 y 39 años de edad. Zhang *et al*¹⁶ determinaron que la edad promedio fue de 42,16 años. Asimismo, en el caso de CIN1, CIN2, CIN3 y cáncer de cuello uterino fue de 38.65, 40.61, 44.10 y 46.73 años, respectivamente. Rosado¹⁷ afirma que la edad media es de 41.66 años, pero el rango se amplía entre 20 y 60 años. Solana *et al*¹⁸ determinó que la edad promedio de tamizaje fue de 42,2 años. López¹⁹ identificó como promedio 41 años. En contraste con nuestra investigación, De Oro-Sibaja & Yaguna¹³ concluyeron que el cáncer de cérvix afecta con frecuencia a mujeres entre 35 y 55 años, 5 años más de lo estimado en nuestro estudio. Asimismo, Luciani & Winkler²⁰ concluyeron que la positividad de la IVAA disminuía con la edad, era de 25% en las mujeres menores de 40 años y de 20% entre las mujeres mayores. Análogamente, la tasa de positividad para la IVAA y la IVAAM combinadas disminuía a 11% en las mujeres de 25 a 29 años de edad y a 7% en las de 45 a 49 años.

TABLA 2

En relación al grado de instrucción, el 70% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) tiene educación secundaria, porcentaje similar encontrado en el grupo control. Sin embargo, se encontró mayor porcentaje de mujeres con educación superior en mujeres con IVAA negativo que en el grupo con IVAA positivo. En ese sentido, Sankaranarayanan *et al*²¹ afirman que las mujeres

más educadas suelen cuidar mejor su salud lo que conduciría a menor exposición. Solana et al¹⁸ concluyeron que la mayoría de mujeres con IVAA negativo tenía por lo menos estudios de secundaria.

TABLA 3

En relación al estado civil, el 44% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) y del grupo control son convivientes. No obstante, se encontró mayor porcentaje de mujeres solteras en el grupo de mujeres IVAA positivo que en el grupo control. Asimismo, se determinó un mayor porcentaje de casadas en el grupo control (IVAA negativo) que en el grupo caso. Rosado¹⁷ encontró porcentajes similares, pues en su estudio determinó que el 57% de las mujeres sanas están casadas o son convivientes. Solana et al¹⁸ afirman que, si bien no se determina el estado civil, la mayoría de mujeres con IVAA negativo tiene pareja estable. Asimismo, Ramos²² concluyó que el 59.4% de las mujeres con lesiones premalignas mantienen una situación de convivencia con la pareja. Además, López¹⁹ expone que el 80% de los casos de mujeres sin patología mantenían relación estable tanto matrimonio como convivencia.

TABLA 4

En relación a la procedencia, el mayor porcentaje de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) y del grupo control (IVAA negativo) provienen de zonas urbana y un mínimo porcentaje reside en zonas urbano marginales. Asimismo, se concluyó que no existe asociación significativa entre ambas variables. Vicente²³ afirma que la mujer tiene 3 veces más riesgo de padecer una lesión pre maligna si reside en zonas urbanas. En contraste con nuestra

investigación, Ramos²² explica que el 66,7% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino proceden de la zona rural.

TABLA 5

El mayor porcentaje de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) y del grupo control (IVAA negativo), específicamente en el 86% iniciaron su periodo menstrual entre los 10 y 14 años. Asimismo, los casos de IVAA negativo se presentaron en mayor porcentaje en las mujeres que iniciaron menstruación entre 15 y 19 años. Además, un 6% de mujeres con IVAA positivo inició su menstruación posterior a los 19 años. En ese sentido Natphopsuk¹² reconoce como un factor de riesgo la menarquia precoz, así como algunos otros aspectos del comportamiento sexual. En contraste con nuestro estudio, Cabrera²⁴ concluye que el 63% de las mujeres en riesgo suelen presentar menarquía entre los 15 y 19 años. Vicente²³ no encuentra relación de asociación con la edad de inicio de menstruación.

TABLA 6

En relación a la edad de inicio de relaciones sexuales, el mayor porcentaje de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo), específicamente en el 60%, iniciaron relaciones sexuales entre 15 a 19 años. Asimismo, la mitad del grupo control también inició relaciones sexuales en la misma edad. Es importante resaltar que el 34% de las mujeres IVAA positivo empezaron actividad sexual entre los 10 y 14 años. Sin embargo, en relación a los IVAA negativo, es importante mencionar que el 42% empezó actividad sexual después de los 19 años. Considerando una relación importante entre menor edad al inicio de

relaciones sexuales con un diagnóstico de IVAA positivo. Natphopsuk¹², argumenta que la edad de la primera relación sexual es un factor de riesgo importante. En ese sentido, Castro²⁵ encontró que la edad de inicio de relaciones coitales antes de los 18 años se relaciona significativamente con la existencia del cáncer de cuello uterino. (OR = 7,76). Vicente²³ concluye que existe el triple de riesgo de tener una lesión premaligna si inició relaciones sexuales antes de los 20 años. Sierra²⁶ determinó que iniciar relaciones sexuales antes de los 15 años es un factor de riesgo. Ramos²² afirma que las pacientes cuyo inicio de relaciones sexuales se dio entre las edades de 15 a 25 años presentan el mayor porcentaje (88.5%) de lesiones premalignas. En contraste con nuestros resultados, Cabrera²⁴ destaca que el mayor porcentaje de inicio de las relaciones sexuales está entre los 18 y 20 años (63%), mientras que el inicio tardío o precoz de esta actividad tiene un igual porcentaje (18.5%), es decir la edad de inicio de relaciones sexuales no denota como factor para su estudio.

TABLA 7

En relación al número de embarazos, el 98% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) ha tenido por lo menos un embarazo, específicamente 66% para 1 a 2 embarazos y 32% de 3 a 5 embarazos, en contraste con el 30% de los IVAA negativo que no ha tenido embarazo alguno. Para nuestro estudio existe una asociación significativa entre ambas variables.

Asimismo, Rosado¹⁷ afirma que la paridad, sobre todo si se tiene en promedio 2.31 con un rango entre 0 y 5 hijos, es un factor de riesgo. López¹⁹ afirma que el 13% de las mujeres IVAA positivo no tiene hijos.

TABLA 8

Se observa en esta tabla acerca de quienes tuvieron parto vaginal y quienes no, el mayor porcentaje de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) culminó su gestación por vía vaginal en contraste con el 70% del grupo control. En su estudio Cabrera^s afirma que el parto vaginal predominó en las mujeres con lesiones intraepitelial de cuello uterino. Existiendo diferencia estadísticamente significativa entre las variables.

TABLA 9

Se encuentran en la tabla de cesárea y resultado de tamizaje con Inspección visual con ácido acético que el 40% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) culminó su gestación por vía abdominal en contraste con el 26% del grupo control. Ya en su estudio Cabrera^s afirma que el parto vaginal predominó en las mujeres con lesiones intraepitelial de cuello uterino y en relación a estas variables no existe asociación significativa.

TABLA 10

En la tabla correspondiente al número de partos y resultado de tamizaje con Inspección visual con ácido acético el 92% de las mujeres del grupo caso tuvieron entre 1 a 2 y 3 a 5 hijos, en comparación con el 70% de las mujeres con Inspección visual con ácido acético negativo. En su investigación Rosado¹⁷ afirma que un mayor número de partos se relacionó a lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino.

TABLA 11

En relación a las cesáreas, el 40% de las mujeres con inspección visual con ácido acético, culminaron su gestación por vía alta, en comparación con el 26% de las mujeres del grupo control. No se halló diferencia estadísticamente significativa entre las variables, como ya lo sustentó en su estudio Cabrera⁵.

TABLA 12

En la tabla en mención, en relación al número de hijos. El 62% de las mujeres IVAA positivo tiene entre 1 y 2 hijos con resultados similares en el 54% de las mujeres del grupo control. El grupo de mujeres IVAA negativo, específicamente 30% no ha tenido hijos en contraste con el 6% de las mujeres IVAA positivo. Asimismo, el 32% de las mujeres con resultado positivo tiene más de 3 hijos en comparación con el 16% de las féminas del grupo control. En ese sentido, Cabrera²⁴ determinó que el factor de riesgo mayormente asociados con el cáncer de cérvix fue la multiparidad en 68.5% de los casos. Asimismo, Rosado¹⁷ afirma que la paridad, sobre todo si se tiene en promedio 2.31 con un rango entre 0 y 5 hijos, es un factor de riesgo. López¹⁹ afirma que el 13% de las mujeres IVAA positivo no tiene hijos. Vicente²³ concluye que las mujeres que tienen más de 5 hijos tienen doble riesgo de presentar lesiones premalignas. En contraste con nuestra investigación, Solana *et al*¹⁸ exponen que las mujeres con IVAA negativo tienen en promedio 2,3 hijos.

TABLA 13

Un factor importante es el número de parejas sexuales mostrado en la tabla 2i. En nuestra investigación el 90% de las mujeres IVAA positivo ha tenido de 4 a más parejas sexuales en contraste con el 10% de las mujeres con resultado negativo. Asimismo, el 90% de las mujeres con resultado IVAA negativo ha tenido como máximo 3 parejas sexuales. El grupo de mujeres IVAA negativo, específicamente 18%, solo ha tenido una pareja sexual. En ese sentido, Castro²⁵ afirma que tener dos o más compañeros sexuales tiene una relación significativa entre este factor de riesgo y el cáncer de cuello uterino (OR = 4.20). Vicente²³ determinó que se triplica el riesgo de padecer lesiones si tuvo dos parejas sexuales. Ramos²² concluye que el 61.5% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino manifiestan haber tenido 4 o más parejas sexuales. En contraste con nuestros resultados, Cabrera²⁴ explica que los factores asociados con el cáncer de cérvix fueron pacientes con menos de 5 parejas sexuales durante su vida, cuando lo más relacionado con el desarrollo del cáncer de cuello uterino es mayor cantidad de parejas; sin embargo, no se toma en cuenta el factor masculino y cuanto exponen estos a sus parejas.

TABLA 14

En relación al uso de anticonceptivos, en el estudio se concluyó que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las variables. Hallándose que el 94% de las mujeres IVAA positivo ha utilizado un método anticonceptivo en contraste con el 78% de las mujeres con resultado negativo. Asimismo, aquellas que no usaron método anticonceptivo obtuvieron resultado IVAA

negativo. Por tanto, se concluye que existe una asociación significativa entre ambas variables. En relación al tipo de anticonceptivos, el 34% de las mujeres IVAA positivo ha utilizado un método inyectable trimestral en contraste con el 24% de las mujeres con resultado negativo. Asimismo, el 4% de las mujeres IVAA positivo utiliza preservativo en contraste con el 22% de las féminas con IVAA negativo. Además, el 32% de las mujeres IVAA positivo usa anticoncepción oral combinada. Sankaranarayanan et al²¹ afirman que las mujeres que practicaban la anticoncepción tenían más probabilidades de tener lesiones precursoras de alto grado.

TABLA 15

En referencia al tipo de anticonceptivos, el 34% de las mujeres IVAA positivo ha utilizado un método inyectable trimestral en contraste con el 24% de las mujeres con resultado negativo, así mismo, el 4% de las mujeres IVAA positivo utiliza preservativo en contraste con el 22% de las féminas con IVAA negativo. En contraste Ramos²² concluye que el 71,9% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino no han usado los métodos anticonceptivos orales combinados. Solana et al¹⁸ exponen que las mujeres con IVAA negativo utilizan preservativo como método anticonceptivo. Del Valle²⁷ afirma que, en el caso de IVAA positivo, el 37.8% de la población no usa método anticonceptivo, 28% método de barrera y 15.4% método hormonal.

TABLA 16

Esta tabla corresponde a la toma de Papanicolaou y resultado de tamizaje con Inspección visual con ácido acético, se encontró que 98% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) se realizó el tamizaje Papanicolaou en resultados similares con el grupo control. Sin embargo, concluimos que no existe asociación significativa entre ambas variables. En ese sentido, Li et al¹⁴ determinaron en más de la mitad de los casos CIN2 y la mayoría de los casos CIN3 se confirmó IVAA positivo. Asimismo, las tasas de detección de lesiones CIN2 aumentaron significativamente con un seguimiento de 1 año mediante IVAA. Sanabria et al²⁸ afirman que el 88.9% de las mujeres con IVAA positivo tenía citología alterada. Luciani et al²⁰ afirman que se diagnosticó CIN2 histológicamente confirmado en 31 (0,7%) y 115 (2,6%) mujeres IVAA positivo, y en 4 mujeres (0,09%) y 43 mujeres (1,00%) en los grupos de IVAA negativo. Cabrera²⁴ concluyó que al hallarse que un poco más del 20% de las mujeres del estudio no contaban con estudios de tamizaje primario.

TABLA 17

En referencia al número de tamizajes con Papanicolaou y el resultado de tamizaje con Inspección visual con ácido acético hallamos que el 62.5% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) se realizó el tamizaje Papanicolaou de 3 a 5 veces en toda su vida en contraste con el 37.5% del grupo control. Las usuarias con diagnóstico IVAA negativo se realizaron el tamizaje PAP de 1 a 2 veces en el 58% de los casos. Sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables. Además, el 100% de las mujeres del grupo caso (IVAA positivo) se realizó el tamizaje Papanicolaou y

tuvo resultado negativo. Similares resultados se encontraron en el grupo control. Con un valor de p mayor a 0,05 concluimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables. En ese sentido, Solana et al¹⁸ concluyeron que solo el 0.6% de las mujeres con IVAA negativo se había realizado Papanicolaou por lo menos una vez en la vida. López¹⁹ afirma que la inspección visual con ácido acético tenía una certeza diagnóstica significativamente mayor ($p=0.0002$) que la citología vaginal.

TABLA 18

Respecto al resultado de toma de Papanicolaou y resultado de tamizaje con inspección visual con ácido acético, el 100% de las mujeres del grupo caso con IVAA positivo tuvieron resultado de Papanicolaou negativo, similares resultados se encontraron en el grupo control. Por lo tanto, no existe asociación entre el resultado de Papanicolaou y el resultado con Inspección visual con ácido acético. En su estudio López¹⁹ afirma que no encontró relación alguna entre los resultados citológicos hallados en el tamizaje con la prueba de Papanicolaou y las mujeres con Inspección visual con ácido acético.

V. CONCLUSIONES

1. El factor asociado al resultado de IVAA positivo es el parto vaginal.
2. Los factores no asociados al resultado de IVAA positivo fueron la edad de la paciente, el grado de instrucción, el estado civil, la procedencia, la cesárea y el uso de anticonceptivos. Sin embargo, existieron diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio de relaciones sexuales, el número de embarazo, número de hijos y número de pareja sexuales.
3. No existe relación significativa entre el resultado de Papanicolaou y el resultado positivo de la inspección visual con ácido acético (IVAA).

VI. RECOMENDACIONES

Al profesional obstetra:

- Efectuar el tamizaje IVAA como un método de detección alternativo para lesiones pre malignas de cuello uterino en las mujeres de 30 a 50 años de edad debido a su bajo costo y capacitación fácil para los proveedores locales de salud.
- Identificar los factores asociados a IVAA positivo para realizar el tamizaje y detectar las lesiones precancerosas de tal manera que se permita tratar oportunamente a las usuarias.
- Continuar con los métodos de screening a fin de lograr la eficiencia con el máximo beneficio para las usuarias.
- Coordinar programas de capacitación en este tamizaje con la finalidad de potenciar la prevención de cáncer de cuello uterino en la región Callao y en todo el país.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Control Integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales [Internet] Ginebra; OPS/OMS; 2015 [acceso 17 de diciembre del 2017].
Disponibile en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28512>
2. Organización Panamericana de la Salud. El cáncer en la región de las américas – Nota Informativa [Internet] France; PAHO WHO; [acceso el 10 de enero de 2018]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
3. Cerdán J, Cisterna R., Documento de consenso 2011 de sociedades científicas españolas-Vacunación frente al Virus del Papiloma Humano [Internet] España [acceso 10 de diciembre del 2017] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/111814308/Consenso-VPH-2011>.
4. Organización Panamericana de la Salud. XIII Reunión de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas [Internet] Honduras; OPS; 2011 [acceso 10 de febrero del 2018]. Disponible en :
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view
&gid=19579&Itemid=270&lang=fr](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19579&Itemid=270&lang=fr)

5. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación del Perú. Dirección General de Epidemiología. [Internet]. Perú: MINSA; 2013 [consulta el 13 de enero del 2018]; Disponible en:
http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
6. OPS-OMS, Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres [Internet]. OMS; 2013. [acceso 10 de enero del 2018]. Disponible en:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/es/>
7. Lazcano E. Rojas R. López M. Factores de riesgo reproductivo y cáncer cérvico-uterino en la ciudad de México. Rev Sal Púb de México Oncología [Internet]. 1993 [consulta 8 de febrero del 2018]; 35 (1). Disponible en:
<http://saludpublica.mx/index.php/spm/rt/prINTERnet/5633/6126>
8. Maura S. Toledo-Cisneros R. Aguilera M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Rev Salud Pública de México [Internet]. 1998 [consulta el 8 de marzo 2018]; 40 (4): 330-338. Disponible en:
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v40n4/Y0400405.pdf
9. Salazar M. Regalado R. Navarro Jeannie. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú .Rev Per de Med Exp y Sal Pub [Internet] 2013. [consulta el 10 de diciembre del 2017]; 30(1). Disponible en:
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/166/2383>

10. Dirección Regional de Salud del Callao. Población asignada por establecimientos 2016. Callao: Unidad de Estadística de la Dirección Regional de Salud del Callao [Internet]. Perú; 2015. [consulta el 11 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www.regioncallao.gob.pe/contenidos/contenidosGRC/filesContenido/file62707.pdf>
11. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Documento Técnico del Curso Clínico en prevención secundaria de cáncer de cuello uterino basado en IVAA y crioterapia [Internet]. Perú; 2012. [consulta el 12 de enero del 2018]. Disponible en: <http://200.37.75.52/portal/wp-content/uploads/2018/02/DOCUMENTO-T%C3%89CNICO-IVAA.pdf>
12. Natphopsuk S. Risk Factors for Cervical Cancer in Northeastern Thailand: Detailed Analyses of Sexual and Smoking Behavior. Tailandia. Rev. Asian Pacific Journal of Cáncer Prevention. [Internet]. 2012. [consulta el 10 de diciembre del 2017];13(11):5489-95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23317205>
13. De Oro-Sibaja J, Yaguna F. Factores asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres que asisten a la clínica maternidad Rafael Calvo Cartagena 2008 – 2012. [Tesis para título]. Cartagena: Corporación universitaria Rafael Núñez. Facultad de ciencias de la Salud; [consulta el 11 de enero del 2018]; 2013. Disponible en: <http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/646/CL%C3%8DNICA%20MATERNIDAD%20RAFAEL%20%282%29.pdf?sequence=1>

14. Li R, Lewkowitz A. Análisis de la efectividad de la inspección visual con ácido acético en un seguimiento de seguimiento de una sola vez y anual en China rural. Arch. Gynecol Obstet [Internet]. 2012 [consulta el 10 de diciembre del 2017]; 285 (6):1627-1632. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00404-011-2203-4>
15. Sherris J, Sankaranarayanan R, Barone M. Enfoque basado en evidencia para el tamizaje alternativo del cáncer cervical. Informe de ACCP, OPS, [Internet]. OPS;2010 [consulta el 28 de diciembre del 2017]. Disponible en: https://www.gutmacher.org/sites/default/files/article_files/3603110s.pdf
16. Zhang YZ, Ma JF, Zhao FH, Xiang XE, Ma ZH, Shi YT, Hu SY, Qiao YL. Resultados de seguimiento a tres años de la inspección visual con ácido acético (IVAA) utilizado como método alternativo de detección del cáncer cervical en las zonas rurales en China. Arch Gyn Obst [Internet].2012 [consulta el 30 de enero del 2018]; 285 (2): 1627-1632. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5463538/>
17. Rosado M. Efectividad de la detección de lesiones neoplásicas de cuello uterino por citología e inspección visual con ácido acético en el Centro Medico Oncomujer 2013-2014. [Tesis de especialidad]. Perú; Universidad San Martín de Porres. Facultad de medicina humana; [acceso 24 de Marzo 2018];. Disponible en: www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1299/3/Rosado_mj.pdf
18. Solana C, Lagos M. Examen de detección de virus papiloma humano en tamizaje de cáncer cervicouterino en un Servicio de Salud de Santiago,

- Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2015 [consulta el 30 de enero del 2018] ; 143: 56-62. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/274140515_Examen_.
19. Abanto J. Vega E. Papanicolaou e inspección visual con ácido acético en la detección de lesiones intraepiteliales de alto grado del cuello uterino. Rev Int Salud Materno Feta. [Internet]. 2017 [consulta 8 de diciembre del 2017]; 2 (2):8-13. Disponible en:
<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/download/29/29/>
20. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del cáncer cérvico uterino en el Perú: Proyecto TATI [Internet]. Washington: PAHO; 2006 [consulta el 11 de marzo del 2018]. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/786/9789275330104.pdf>
21. Sankaranarayanan R, Rajkumar R, Arrossi S, Theresa R, Esmey PO, Mahé C, Muwonge R, Parkin DM, Cherian J. Determinantes de la participación de las mujeres en el ensayo de detección de cáncer cervical, Maharashtra, India. Bull World Health Organ [Internet]. 2007 [consultado el 07 de diciembre de 2017]; 85 (4): 264-272. Disponible en:
<http://europepmc.org/articles/PMC2636321>
22. Ramos J. Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital "Víctor Ramos Guardia" Huaraz 2008-2012. [Tesis para título]. Perú: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Facultad de Ciencias Médicas. [consulta el 19 de Mayo 2018]. Disponible en:

<http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/977/FACTORES%20DE%20RIESGOS%20RELACIONADOS%20A%20LESIONES%20PRE%20MALIGNAS%20DE%20CANCER%20DE%20CUELLO%20UTERINO.%20HOSPITAL%20VICTOR%20RAMOS%20GUARDIA%20HUARAZ%202008-2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

23. Vicente E. Factores de riesgo epidemiológico asociados a lesiones premalignas de cérvix en pacientes con Papanicolaou. [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; Facultad de Ciencias Médicas; 2014. [consultado el 12 de Diciembre 2017] Disponible en: http://www.repositorio.usac.edu.gt/1655/1/05_9386.pdf
24. Cabrera J. Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006-2011. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; [consulta el 11 de enero del 2018]; 2012. Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/452
25. Castro E. Edad de inicio de relaciones coitales y número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el hospital de apoyo Sullana II -2. [Tesis]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; . [consulta el 11 de enero del 2018]; 2014. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/511>
26. Sierra L. Diagnóstico clínico de lesiones premalignas de cuello de útero con inspección visual al ácido acético al 5%. Rev Inf Cient [Internet]. 2016

[consulta el 15 de diciembre de 2017]; 95 (2): 317- 330. Disponible en:
<http://www.revincientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/112/2246>

27. Del Valle A. Inspección visual con ácido acético (IVAA) en la detección precoz del cáncer de cuello uterino. [tesis]. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas; [consulta el 11 de febrero del 2018]; 2009. Disponible en:
http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/foresi_ana_maria_valle.pdf

28. Sanabria Negrín José G, Salgueiro Medina Víctor E, Abreu Mérida Magalys B, Vólquez Catty. Incremento de la detección de lesiones cervicales mediante inspección visual. Puerto Esperanza. 2008. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2011 Sep [consulta el 14 de marzo del 2018] ; 15(3): 81-98. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000300009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000300009&lng=es)

VII. ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento **Consentimiento Informado** es proveer a las participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por mi persona, estudiante de la Universidad San Martín de Porres- Facultad de Obstetricia. El objetivo de este estudio es determinar los factores asociados al resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético en mujeres que acuden al Centro de Salud Alta Mar.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando solo el número de historia clínica y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Obstetra de la Universidad San Martín de Porres- Facultad de Obstetricia y Enfermería. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer sobre los factores asociados al resultado de tamizaje con Inspección Visual con Ácido Acético en mujeres que acuden al Centro de Salud Alta Mar, Callao.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

Firma de la participante

Firma de la Investigadora

ANEXO B
FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

**FACTORES ASOCIADOS A RESULTADO DE TAMIZAJE CON
INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA) EN MUJERES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALTA MAR. LA PERLA -CALLAO
DICIEMBRE 2016 - OCTUBRE 2017**

N° de ficha.....No de
H.C.....Fecha.....

I. Características Demográficas:

1.1. Edad:

1.2. Grado de Instrucción:

- Primaria
- Secundaria
- Superior

1.3. Estado Civil:

- Soltera
- Casada
- Conviviente
- Otros _____

1.4. Procedencia:

- Urbano
- Urbano-marginal
- Rural

1.5. Distrito:

II. Factores para Cáncer de cuello uterino

2.1. Edad de la Menarca:

- 10 - 14
- 15 - 19
- De 20 años a más

2.2. Edad de inicio de relaciones sexuales:

- 10 - 14
- 15 - 19
- De 20 años a más

2.3. N° de Embarazos

- 1 a 2
- 3 a 5
- De 6 a más

2.4. Partos:

- SI
- NO

2.5. N° de Partos:

- 1 a 2
- 3 a 5
- De 6 a más

2.6. Cesáreas:

- SI
- NO

2.7. N° de Cesáreas:

- 1 a 2
- 3 a 5
- De 6 a más



2.8. N° de hijos

- 1 a 2
- 3 a 5
- De 6 a más

2.9. N° de Parejas Sexuales

- 1
- 2 a 3
- De 4 a más

2.10. Uso de anticonceptivos:

- SI
- NO

2.10.1. Tipo de Anticonceptivo

- Ninguno
- Anticonceptivos orales combinados
- Inyectable mensual
- Inyectable trimestral
- Preservativo
- Dispositivos intrauterinos

III. Tamizajes en la vida

3.1.1. Papanicolaou

- SI
- NO

3.1.2. Número de PAP

- 1 a 2
- 3 a 5
- De 6 a más

3.1.3. Año del último tamizaje: _____

3.1.4. Resultado del último PAP: _____

3.2. Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

SI

NO

3.2.1. Número de IVAA

1 a 2

3 a 5

De 6 a más

3.2.2. Año del último tamizaje: _____

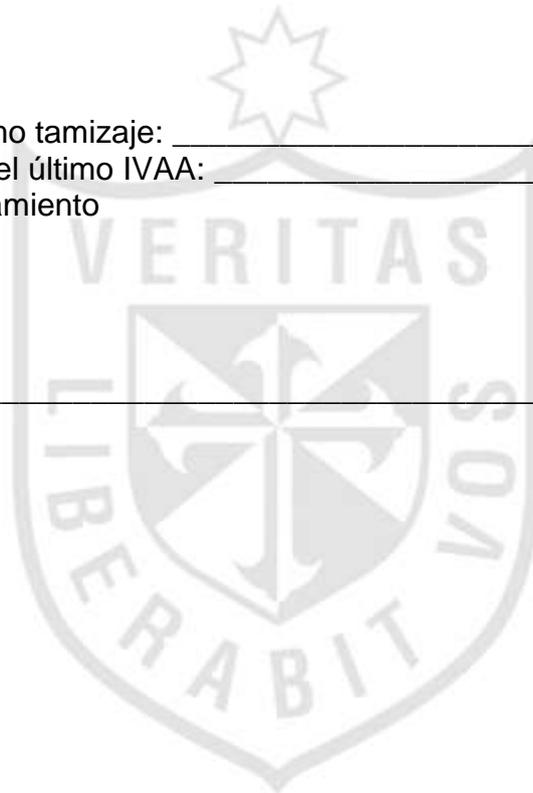
3.2.3. Resultado del último IVAA: _____

3.2.4. Recibió tratamiento

SI

NO

¿Por qué?



ANEXO C

FICHA PARA TAMIZAJE DE INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)																
ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____																
FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">FECHA DE TAMIZAJE</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>		FECHA DE TAMIZAJE			Día	Mes	Año				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">HISTORIA CLÍNICA</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	HISTORIA CLÍNICA		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">DNI</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	DNI	
FECHA DE TAMIZAJE																
Día	Mes	Año														
HISTORIA CLÍNICA																
DNI																
Apellidos y Nombres: _____		Edad: _____														
Dirección: _____		Teléfono: _____														
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS																
Menarquia: _____ 1º R.S.: _____ 1º Embarazo: _____ Nº Hijos: _____ Nº de Parejas sexuales: _____ FUR: _____																
Uso de Anticonceptivos actualmente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de Anticonceptivo: _____														
Antecedentes ITS: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de ITS: _____														
Nº de Tamizaje en la vida:	Año del último Tamizaje:	Resultado del último Tamizaje:														
PAP { } IVAA { }	PAP { } IVAA { }	PAP _____ IVAA _____														
PROPOSITO DE VISITA <input type="radio"/> 1º IVAA <input type="radio"/> Control al año <input type="radio"/> Control cada tres años																
REPORTE DE IVAA																
		RESULTADO: Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Sospecha de cáncer <input type="radio"/>														
¿TRIBUTARIO PARA CRIOTERAPIA ? (solo para IVAA(+)): <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> El resto de <input type="radio"/> Pretergala <input type="radio"/>																
OTROS DIAGNÓSTICOS: EPI <input type="checkbox"/> Condilomatosa <input type="checkbox"/> Cervicitis <input type="checkbox"/> Pólipo <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____																
REFERENCIA: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>																
RAZÓN DE REFERENCIA: Sospecha de cáncer <input type="radio"/> Lesión extensa o lesión que se introduce al canal <input type="radio"/> Otros: (especificar) <input type="radio"/>																
SITIO DE REFERENCIA: _____																
PRÓXIMA CITA: _____		FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE														
REPORTE DE IVAA EN LUGAR DE REFERENCIA																
Establecimiento de Salud: _____ Fecha de Tamizaje: _____ Historia clínica: _____		1- IVAA positiva confirmada <input type="radio"/> 2- IVAA positiva confirmada titulada para crioterapia <input type="radio"/> 3- IVAA positiva confirmada y crioterapia Pretergala <input type="radio"/> 4- IVAA positiva confirmada su estudio para crioterapia. Referencia: _____ LUGAR DE REFERENCIA: _____														
FECHA DE LA PRÓXIMA CITA: / /		FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE														

ANEXO D

Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
<p>VARIABLE I</p> <p>FACTORES</p>	Edad de la menarca: <ul style="list-style-type: none"> • 10 a 14 • 15 a 19 • 20 a más 	Ordinal	Encuesta
	Edad de inicio de relaciones sexuales: <ul style="list-style-type: none"> • 10 a 14 • 15 a 19 • 20 a más 	Ordinal	Fuente de información secundaria (Registro de historias clínicas y ficha de IVAA)
	Número de embarazos: <ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 • 3 a 5 • De 6 a más 	Ordinal	
	Parto <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal	
	Número de partos: <ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 • 3 a 5 • De 6 a más 	Ordinal	
	Cesárea <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal	
	Número de cesáreas: <ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 • 3 a 5 • De 6 a más 	Ordinal	
	Número de parejas sexuales: <ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 a 3 • De 4 a más 	Ordinal	
	Uso de anticonceptivos: <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Nominal	
	Tipo de anticonceptivos: <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Anticonceptivos orales combinados • Inyectable mensual • Inyectable trimestral • Preservativo • Dispositivos intrauterinos 	Nominal	
	Papanicolaou <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 		
	Número de PAP <ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 	Nominal	

	<ul style="list-style-type: none"> • 3 a 5 • De 6 a más Año del último tamizaje Resultado del último PAP	Ordinal	
VARIABLE	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
VARIABLE II RESULTADO DE TAMIZAJE CON INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)	Número de IVAA <ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 • 3 a 5 • De 6 a más Año del último tamizaje Resultado del último IVAA <ul style="list-style-type: none"> • IVAA positivo • IVAA negativo Recibió tratamiento <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Por qué? 	Nominal Cuantitativo Nominal Nominal Nominal	Encuesta Fuente de información secundaria (Registro de historias clínicas y ficha de IVAA)
VARIABLE DE CONTROL	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Grado de instrucción • Estado civil • Procedencia • Distrito 	Cuantitativo Ordinal Nominal Nominal Nominal	

ANEXO E CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Nombre del Experto: Miguel Quintanilla Angles
 Profesión: Gineco-obstetra
 Ocupación: Asistencial Docente

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Coloque 1, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o 0 cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	Observación
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	✓		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	✓		
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	✓		
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	✓		

Miguel Quintanilla Angles
 Dr. Miguel Quintanilla Angles
 Gineco-Obstetra
 CNP. 13766 - RNE. 7931
 Hospital General de Huelvas, Huelva

Firma de Experto

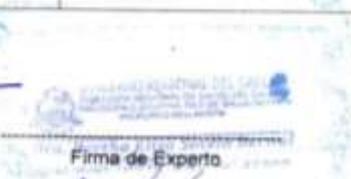
Observaciones (precisar suficiencia en la cantidad de ítem): completo
 Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []
 Nombres y Apellidos del juez validador: Miguel Quintanilla Angles
 Especialidad del validador: Ginecólogo Obstetra

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Nombre del Experto: Bartira Elisa Sotelo Bernal
 Profesión: Gineco-Obstetra
 Ocupación: Matrona

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Coloque 1, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o 0 cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión		
	Si	No	Observación
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		—
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		—
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		—
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	X		—
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		—
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		—
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	X		—
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	X		—

Observaciones (precisar suficiencia en la cantidad de ítem): Acentado
 Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []
 Nombres y Apellidos del juez validador: Bartira Elisa Sotelo Bernal
 Especialidad del validador: Ginecología Obstetricia

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Nombre del Experto: Segundo Meléndez Avelos
 Profesión: Médico Gineco-Obstetra
 Ocupación: Médico Gineco-Obstetra

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Coloque 1, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o 0 cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	Observación
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	X		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	X		
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	X		

Dr. Segundo A. Meléndez Avelos
 Médico Gineco-Obstetra
 C.M.P. 28936 R.N.C. 15834
 Firma de Experto

Observaciones (precisar suficiencia en la cantidad de ítem): Acertado

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Nombres y Apellidos del juez validador: Segundo Meléndez Avelos

Especialidad del validador: Médico Gineco-Obstetra