

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POSGRADO



**FACTORES ASOCIADOS DEL VIRUS DE PAPILOMA
HUMANO EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE
GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL NACIONAL
DOS DE MAYO EN EL AÑO 2013**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD**

TESISTA: TORRES VILLANUEVA NELSA JUSTINA

ASESOR: DR. PEDRO VILLAVICENCIO GUARDIA

HUANUCO – PERÚ

2016

TITULO

**FACTORES ASOCIADOS DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN
PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA
DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO EN EL AÑO 2013**

DEDICATORIA

A Dios por darme la fuerza para seguir adelante y darme la sabiduría y el entendimiento para cumplir mis metas, a mis padres por motivarme a ser un profesional ya que con sus consejos y apoyo e infinita paciencia pude concluir mi carrera, a mis compañeros y profesores que me guiaron en el camino muchas gracias Dios los guarde y los guie.

AGRADECIMIENTO

Al culminar el presente trabajo de Investigación, me permito agradecer a Dios por su bondad omnipotente que tiene para los seres humanos, que nos hace grande en todas las dimensiones.

Gracias a todos los profesores quienes con sus sabios conocimientos supieron formarme como un profesional capaz de poner mis servicios a la sociedad.

Gracias a todas las personas que me impulsaron a estudiar y a comprometerme en esta noble carrera que la sabré ejercer con empeño y dedicación.

RESUMEN

Según los resultados obtenidos en las investigaciones en el Hospital Nacional Dos de Mayo, los problemas detectados por el virus del papiloma (VPH), ha sido bastante alarmante, contagios en su mayoría por transmisión sexual. Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OSM), dentro de los datos estadísticos que presenta se puede observar como enfermedad común al cáncer cervical como la segunda neoplasia maligna y frecuente en las mujeres, en una cantidad aproximada de 530,000 casos por año; claro está que no todos ellos son de transmisión sexual.

De esta cantidad de casos por lo menos 270,000 mueren anualmente, representando ello al 50.94%, el mismo que indica la peligrosidad social de esta enfermedad.

El elemento causal de este tipo de cáncer es el virus de papiloma humano (VPH), que en la actualidad se han descubierto que existen más de 200 tipos, de los cuales 40 infectan el tracto genital.

De acuerdo con sus efectos malignos de la siguiente manera:

Congénitos o de alto riesgo: (16, 18, 31, 33, 35, 45,,51, 52, 58, 59, 68, 73 y 82)

No Congénito o de bajo Riego: (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y 108)

Probables Oncogénicos: (26, 53, y 66)

Entre las características predictoras más importantes de la infección por (VPH) en las afectadas se encuentran en la edad, la raza de tez morena, el consumo de bebidas alcohólicas, el consumo de tabaco, el uso de anticonceptivos orales, las prematuras relaciones sexuales, las relaciones

sexuales con diferentes parejas, el trauma cervical durante el parto, los factores genéticos, ciertos factores hormonales asociados con el embarazo, entre otros.

SUMMARY

According to the results of research in the de Dos de Mayo Hospital, the problems identified by the human papillomavirus (HPV) has been quite alarming, most infections in sexually transmitted. In this regard the World Health Organization (OSM) within the statistical data presented can be seen as a common disease such as cervical cancer and second malignant neoplasm frequent in women, in an amount of 530,000 cases per year; of course not all of them you are sexually transmitted.

This number of cases at least 270,000 die annually, representing it to 50.94%, indicating the same social danger of this disease.

The causal element of this type of cancer is the human papilloma virus (HPV), which currently have discovered that there are more than 200 types, 40 of which infect the genital tract.

Based on their ill effects as follows:

Congenital or high risk (16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 58, 59, 68, 73 and 82)

Congenital or not Irrigated: (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 and 108)

Oncogenic likely (26, 53, and 66)

Among the most important predictive characteristics of infection (HPV) in the affected are in the age, race swarthy, consumption of alcohol, snuff consumption, use of oral contraceptives, premature sex, sex with multiple partners, cervical trauma during birth, genetic factors, certain hormonal factors associated with pregnancy, including.

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) tiene una gran trascendencia y, en la actualidad, preocupa a la comunidad científica desde el punto de vista sanitario, por sus aspectos epidemiológicos, todavía no enteramente dilucidados, así como por el amplio abanico del espectro clínico, el potencial oncogénico de algunos genotipos, la complejidad de su terapéutica y las frecuentes recidivas que se producen en los pacientes afectados.

Hemos determinado abordar estos problemas con cautela, ya que nos encontramos todavía lejos de poder responder de forma concluyente y absoluta. Falta conocer muchos aspectos de su forma de transmisión, patogenia, contagiosidad, transformación maligna, opciones terapéuticas e incluso su prevención. No obstante, parece claro que para ofrecer unos principios actualizados para el diagnóstico y tratamiento del hombre y la mujer infectados por el VPH se precisa la conjunción de varias disciplinas que aúnen criterios y conocimientos de utilidad en el tratamiento clínico diario.

El Foro VPH convocó una serie de reuniones de trabajo específicas para la elaboración de un documento de consenso sobre la infección por el VPH en las que tuvieron cabida expertos de reconocido prestigio en epidemiología, microbiología, ginecología y dermatovenereología, con el objetivo de concretar el

Contenido en una monografía que sirviera para actualizar los conocimientos sobre la infección por el VPH, la forma de actuar ante las situaciones clínicas más frecuentes y las perspectivas posibles en un futuro próximo.

El contenido de este documento se ha estructurado en epígrafes que nos llevan a una lectura sencilla, en la que se ha intentado poner al día los aspectos de la historia natural de la infección con una mayor implicación clínica. Es nuestra intención que el lector se detenga en algunos puntos que le ayudarán a actuar y comprender, de forma definitiva, el interés sanitario actual por el VPH, como el marcado incremento del diagnóstico de la infección, la variada expresión clínica de ésta y, fundamentalmente, la relación de la localización genital de la infección por VPH en la mujer con el cáncer de cérvix y otros tumores del tracto ano-genital.

El grupo de trabajo busca que este documento pueda servir para recordar el método de actuación que debe realizarse ante una infección por el VPH y neoplasias asociadas y para la orientación del paciente hacia otros ámbitos de atención sanitaria, la prevención y el consejo al individuo, a su pareja y a la población en general. Asimismo, las normas que se recomiendan no deben interpretarse como reglas rígidas sino como una fuente de orientación clínica.

La adolescencia es una etapa de vida en la que las personas son percibidas como saludables y por ello es menor el contacto con los servicios de salud, tanto por iniciativa familiar como de los y las adolescentes mismos. Ello se da porque existe poco desarrollo de una cultura de cuidado preventivo de la salud. Sin embargo, en esta etapa del ciclo de vida los y las adolescentes requieren atención de su salud psicosocial (relacionada con el consumo de alcohol, drogas y violencia, salud reproductiva (planificación familiar, maternidad), salud sexual (ITS y VIH/SIDA), entre otros aspectos (39, 48).

La salud de los y las adolescentes y de los jóvenes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países de las Américas (39, 42, 55).

Los y las adolescentes constituyen una población prioritaria para la salud sexual y reproductiva a nivel global; sus propias características (biológicas, psicológicas y sociales) los colocan en cierta situación de vulnerabilidad (6, 12).

A pesar de que el número de adolescentes y jóvenes que necesitan información y servicios es enorme, los servicios son escasos o están fragmentados (5, 29).

Con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que, en comparación con los niños y los ancianos, los adolescentes sufren de pocas enfermedades que representen una amenaza para sus vidas, por otra parte, la mayoría de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se traducen en morbilidad o mortalidad durante el período de la adolescencia misma (33, 41, 42).

En general se considera que los adolescentes son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Además muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH. (39, 41).

La adolescencia ha sido definida como una etapa de transición de la vida infantil a la adulta y su tarea principal es la consolidación de la propia identidad. Los grupos de amigos y el enamoramiento son un intento para definir

su identidad, ya que el adolescente busca el aliento de afines, con quienes pueda compartir las experiencias vividas en el proceso de búsqueda de identidad (56, 57). La adolescencia es un período único de rápido crecimiento y desarrollo, que incluye las esferas físicas, emocional, cognitiva y social, a través de la cual se pasa de la infancia a la adultez (2, 7, 13).

La adolescencia, esa etapa de transición entre la niñez y la adultez, es un camino, largo y de decisiones trascendentales, pero no exento de riesgos, muchos de los cuales signan el curso de nuestras vidas e incluso llegan a ponerla en peligro (7, 12, 17).

Entre los múltiples riesgos destacan nítidamente los vinculados al sexo, el placer, las relaciones de poder y sus dramáticas consecuencias; el embarazo precoz, el embarazo no deseado, el abuso la violencia y la explotación sexual, las infecciones de transmisión sexual (incluidos el HIV y el SIDA) y, por supuesto, sus consecuencias ulteriores, entre las que sobresalen el estigma y la marginación, la pobre autoestima, el subempleo y la pobreza, vale decir, vidas trucas que, eventualmente, termina en la depresión y el suicidio (3, 6, 17).

La sexualidad es el derecho a experimentar y gozar de la sexualidad independientemente de la reproducción, y de la reproducción independientemente de la sexualidad. Dicho derecho debe ser garantizado por el Estado, prestando especial atención a quienes históricamente y en el presente no pueden ejercerlo debido a la violencia, discriminación estigma y el miedo, colocándoles en situaciones de amenazas reales e impidiendo el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (1, 6, 12).

Los aspectos relacionados a la sexualidad de los y las adolescentes, así como sus consecuencias, son temas que preocupan a gran parte del mundo, en

especial a los países en desarrollo como los de América del Sur y el Caribe, donde los y las adolescentes inician su actividad sexual a una temprana edad y sin usar métodos anticonceptivos adecuados, aunque ellos refieren conocerlos (8, 39, 41, 56).

El inicio precoz de las relaciones sexuales en los y las adolescentes es un fenómeno común en las Américas. Se estima que en Latinoamérica el 50 % de las adolescentes menores de 17 años son activas sexualmente (29, 41). El uso de anticonceptivos es el más bajo en este grupo de edad, y aun cuando los conocimientos son adecuados, la percepción individual del riesgo es baja (27, 39, 41, 55).

Entrando el siglo XXI el Perú sigue afrontando la persistencia de la discriminación en diversos ámbitos de las relaciones sociales. Si bien en las últimas décadas se han logrado avances relevantes en el reconocimiento y respeto hacia la diversidad cultural en sus distintas facetas, esto no ha sido suficiente como para sostener que la ruta hacia una sociedad igualitaria y libre esté consolidada (48, 49).

En los últimos 20 años, la investigación en sexualidad adolescente ha crecido enormemente debido a la preocupación social generada por el impacto del VIH. La sexualidad adolescente aparece sin la protección que ofrecen la experiencia y la madurez psicosocial de edades más avanzadas, y por ello se asocia frecuentemente con una serie de consecuencias negativas como embarazos prematuros, enfermedades de transmisión sexual, abortos etc. (2, 49, 51). Esto ha promovido una masiva recopilación de información sobre cuándo y con quién inician los y las adolescentes sus relaciones sexuales, tipo de conductas específicas y frecuencia de conductas sexuales, así como uso de protección contra enfermedades y embarazos (2, 5, 50, 51).

Durante la década de los noventa, el trabajo académico y el activismo en salud y derechos sexuales y reproductivos en el Perú han alcanzado un desarrollo y una diversificación que resaltan en la región. La última década vio aparecer en el Perú estudios sobre sexualidad desde una perspectiva sociocultural, y con un énfasis particular en adolescentes y jóvenes (5, 52, 53, 56). Emerge la necesidad de saber que ha ocurrido durante este tiempo, en torno a los comportamientos sexuales y conocimientos sobre anticoncepción en los adolescentes al empezar este milenio, por lo que se realiza la presente investigación en cuatro Instituciones Educativas Estatales de la jurisdicción del Hospital 2 de mayo.

INDICE

Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
Resumen.....	IV
Summary.....	VI
Introducción.....	VII
I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema.....	15
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema general.....	22
1.2.2. Problemas específicos.....	22
1.3. Objetivo General y objetivos específicos	
1.3.1. Objetivo General.....	22
1.3.2. Objetivos Específicos.....	22
1.4. Variables.....	23
1.5. Justificación e importancia.....	30
1.6. Limitaciones.....	30
1.7. Viabilidad.....	31
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes.....	33
2.2. Bases teóricas.....	39
2.3. Definiciones de términos.....	49
III. MARCO METODOLOGICO	
3.1. Tipo de investigación.....	51
3.2. Población y muestra.....	51
3.3. técnicas de recojo de datos.....	52

3.4. Instrumentos de recolección de datos.....	53
IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	
4.1. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	57
4.2. Contrastación de la hipótesis.....	59
4.3. Prueba de hipótesis.....	60
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
5.1 Presentar la contrastación de los resultados del trabajo de campo con los referentes bibliográficos.....	64
5.2 Presentar la contrastación de la hipótesis.....	66
5.3 Presentar el aporte científico de la investigación.....	67
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	77
ANEXOS.....	82

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa breve del ser humano, siendo considerada como un período de tránsito entre la infancia y la adultez. Este grupo etéreo es tal vez el más ignorado, encerrando facetas que aún no se encuentran suficientemente estudiadas en nuestros países, tales como su mundo familiar, sus experiencias sexuales, sus conductas reproductivas, su maternidad precoz, etc. (39, 41, 49, 56).

La adolescencia constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad en el desarrollo humano, ya que es un momento de tránsito en que se definen aspectos cruciales de la personalidad. Por estas consideraciones, las demandas de este sector de la sociedad deben ser puestas en agenda y atendidas por las instancias de toma de decisiones (2, 7, 49).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) constituyen un bloque de propósitos de desarrollo humano con los que - junto a otros Estados- el Perú se comprometió desde el año 2000. Entre los ODM se incluyen propósitos tales como erradicar la pobreza extrema, promover la igualdad de género, mejorar la salud materna, combatir el VIH-SIDA y otras enfermedades. Estos objetivos se relacionan de forma directa e ineludible con la prevención del embarazo no deseado y, por ende, con el acceso a métodos anticonceptivos y a la educación sexual por parte de los y las adolescentes (1, 2).

En el País, a pesar de los esfuerzos realizados para profundizar investigaciones referentes a sectores específicos de la población como la adolescencia, todavía permanecen poco tratados aspectos tales como los

conocimientos y prácticas de los adolescentes en materia de métodos anticonceptivos y conductas sexuales, fundamentalmente debido a la carencia de información actualizada y confiable (8, 29, 56).

Además una variedad de tradiciones, barreras institucionales, culturales, políticas y mitos sobre la sexualidad aún continúan siendo muy grandes, que generan distorsiones y situaciones de grave desinformación, sobre todo en el caso de las personas proveedoras de servicios de salud, dificultando el desarrollo de programas eficaces que suministren información precisa sobre la salud sexual y reproductiva, y servicios útiles a los y las adolescentes (2, 52, 62). Existe entre los y las adolescentes desorientación respecto al uso de anticonceptivos y la percepción de que serán estigmatizados o juzgados por los proveedores de salud de los centros públicos. Esta desconfianza se agrava debido a la falta de coordinación entre los espacios de salud pública y la escuela. No existe flexibilidad en los planes operativos y en los enfoques que prevalecen en el tratamiento de la salud reproductiva de la población adolescente, como para permitir la articulación entre lo que se trabaja en el ámbito educativo y lo que reciben los y las adolescentes en los consultorios o centros de salud (2, 7, 19) *10% de la población total y Según ENDES 2000, la población de los y las adolescentes de 15 a 19 años constituye el sumada la población de los y las adolescente de 10 – 14 años (12.3%) hacen un total de 22.3%. En base a la ENDES 2000, el grupo de mujeres adolescentes de 15-19 años de edad constituye el 20.1 % de las mujeres en edad fértil (M.E.F.), (22). La ENDES 2011 informa: población de 15 -19 años, 9.5 %; población de 10 – 14 años, 10.4 %, haciendo un total de 19.9 % de población adolescente varones y mujeres del total de la población nacional. Para el grupo de M.E.F. de 15 – 19 años informa 18.3 % del total de M.E.F. (23). La ENDES 2012 no*

reporta muchas variaciones para estos grupos de adolescentes: población de 15 – 19 años, 9.9 %, población de 10 – 14 años, 10.0 %, haciendo un total de 19.9 % de población adolescente varones y mujeres del total de la población nacional. Para el grupo de M.E.F. de 15 – 19 años informan 18.5 % del total de M.E.F. (24). Constituyendo este grupo de mujeres adolescentes (15 – 19 años) la proporción de mujeres en edad de procrear más elevada entre las mujeres de otros grupos quinquenales de edad (21, 22, 23, 24). Como podemos apreciar en el siguiente cuadro:

M. E.F. POR GRUPO DE EDAD. AÑOS: 1991-92, 2000, 2011 y 2012.

M.E.F./GRUPO DE EDAD	ENDES 1991-1992 (%)	ENDES 2000 (%)	ENDES 2011 (%)	ENDES 2012 (%)
15 – 19	21.9	20.1	18.3	18.5
20 – 24	19.3	17.4	15.3	14.7
25 – 29	16.1	15.4	14.6	14.2
30 – 34	13.3	14.1	14.2	14.4
35 – 39	12.1	12.7	12.2	13.9
40 – 44	9.7	11.3	12.6	13.0
45 – 49	7.5	9.0	10.8	11.4
TOTAL (%)	100	100	100	100

FUENTE: ENDES 2012-2013, ENDES 2000, ENDES 2013.

Estos datos no hacen más que confirmarnos en la necesidad de conocer las condiciones en que las mujeres adolescentes, deciden, son inducidas, o son violentadas para iniciarse sexualmente. Por muchos años, el interés y la inversión en estudios y servicios de sexualidad y salud reproductiva han estado orientados a las mujeres adultas en edad fértil, desconociendo o soslayando la importancia de las adolescentes, en el comportamiento demográfico del Perú. (27, 40).

La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual. Así mismo, las adolescentes se ven expuestas con frecuencia a la Violencia Basada en Género y especialmente a la violencia sexual. Con frecuencia las adolescentes en América Latina no usan métodos anticonceptivos, a pesar que una importante proporción de ellas los conoce. Es preocupante que muchas de las que usan el método del ritmo no conozcan adecuadamente el período fértil (18, 19, 37, 48).

La población de América Latina y El Caribe ha cambiado en su estructura durante las últimas décadas, sin embargo los y las adolescentes constituyen una proporción importante de esa población, que supera el 20 %. La urbanización y los cambios sociales han generado conductas y estilos de vida que representan riesgo para la salud reproductiva de los adolescentes, exponiéndolos a sufrir daños irreparables y permanentes. Las situaciones de riesgo, especialmente las prácticas sexuales, pueden ser transformadas en conductas saludables; siempre y cuando se adopten medidas efectivas de prevención. Es indispensable mejorar la educación sexual de los niños y

adolescentes, prepararlos para un ejercicio responsable y seguro de su sexualidad desarrollando acciones para disminuir la frecuencia de embarazos en adolescentes, la mortalidad materna, la frecuencia y secuelas de los abortos inducidos, la frecuencia de las ETS/SIDA, el incremento de la violencia y el abuso sexual en todas sus formas (18, 19, 29).

En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como la latinoamericana, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia. Por esta razón no se educa a los y las adolescentes sobre la vida familiar o sexual, solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales. Asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción (2, 18, 57, 62)

El período entre los 10 y los 14 años también es un momento de gran oportunidad para que los adultos, padres/madres, docentes y equipos de salud intervengan para acompañar a los y las adolescentes en su transición hacia la madurez, ayudándolos a desarrollar competencias y habilidades y a reducir los riesgos y daños (18, 37)

Si bien es posible afirmar que en ciertos contextos culturales el embarazo en la adolescencia es esperado, aceptado e incluso alentado, cuando ocurre antes de los 15 años merece un análisis particular no sólo por la complejidad de las causas que lo originan sino también por los mayores riesgos biomédicos que implica el embarazo a tan temprana edad (18, 19, 37)

Los programas que abordan la sexualidad adolescente suelen fomentar el retardo del inicio de las relaciones sexuales sin poner énfasis simultáneamente en la promoción del uso de métodos anticonceptivos. El apoyo efectivo y las actitudes equitativas en las relaciones de género constituyen elementos

esenciales para la postergación de la iniciación sexual o su planificación responsable (18, 27, 29)

En las adolescentes muy jóvenes la decisión de iniciar relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente o libre de ambigüedad, ni una decisión en la que se evalúen los riesgos y consecuencias involucrados. Aunque sean relaciones consentidas o aceptadas, muchas veces las adolescentes tienen poco control sobre el evento de la iniciación sexual (18, 19, 37, 49).

Anteriormente los estudios sobre sexualidad eran pocos, debido a que implicaban hablar de temas en los cuales la sociedad no estaba acostumbrada, como aborto, embarazo no deseado, relaciones sexuales premaritales, anticonceptivos, etc. A pesar de que aún se mantienen patrones ideológicos y conductuales que obstaculizan su divulgación, es en los últimos años y debido a la gran preocupación de diversos sectores por la propagación del SIDA, que las instituciones gubernamentales y no gubernamentales han abordado con mayor interés su estudio. Estas investigaciones socio demográficas, epidemiológicas y psicosociales han estado orientadas a estudiar las prácticas sexuales, la fecundidad y la infección por VIH / SIDA. Además estos estudios han generado información acerca de la edad a la cual inician los jóvenes su vida sexual, los principales métodos anticonceptivos empleados, así como las actitudes y las creencias que tienen los jóvenes en relación a su sexualidad. (2, 7, 14, 19, 62)

Así mismo, en el mundo académico, principalmente desde un enfoque sanitarista, surgió una corriente de investigación en salud sexual y reproductiva que abrió nuevas perspectivas. Los estudios sobre la sexualidad y la salud

sexual cobran auge como efecto de la pandemia del SIDA y la necesidad de conocer más acerca de los comportamientos sexuales (43, 48)

En el país, la amplia heterogeneidad en normas y oportunidades existentes ha propiciado diversas realidades sociales difíciles de atender bajo una única perspectiva social y de política pública, en especial para este grupo poblacional. Las valoraciones culturales de lo femenino y lo masculino; los significados que se atribuyen a la sexualidad y al cuerpo; la exposición a tecnología de información y comunicación masiva, la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social, y en general los determinantes sociales (educación, familia, empleo, migración), se vinculan directamente con la morbimortalidad sexual y reproductiva de los y las adolescentes (2, 28, 29).

Por todo esto, invertir en programas a favor de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes trae enormes beneficios sociales y garantías sanitarias y económicas. Aunque se realizan esfuerzos desde el sector público, estos deben renovarse y generar nuevos esfuerzos tendientes a que el acceso sea real y efectivo, ya que aun en los países que cuentan con información disponible siempre el grupo con mayores necesidades insatisfechas es el de los y las adolescentes (2, 12, 62).

El presente estudio se realiza en adolescentes estudiantes de 5to. de Secundaria de cuatro Instituciones Educativas Estatales de la jurisdicción del Hospital 2 de Mayo.

El estudio contribuirá a sensibilizar a los responsables de las políticas públicas que tomen en cuenta la cultura sexual de los y las adolescentes y no orienten sus acciones, simplemente basándose en cifras o caracterizaciones de individuos en base a sus prácticas sexuales.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema General

¿Cuáles son los factores asociados del virus del papiloma humano en pacientes del consultorio de ginecología oncológica del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2013?

1.2.2 Problemas Específicos

¿Cuáles son los síntomas y efectos del virus del papiloma humano (VPH) observado en los pacientes de Ginecología Oncológica del Hospital de Dos de Mayo en el año 2013 ?

¿Cuáles son los resultados de los exámenes del diagnóstico del virus del papiloma humano (VPH) observado en los pacientes de los consultorios de ginecología oncológica del Hospital Dos de Mayo en el año 2013?

¿Cuáles son los efectos del comportamiento sexual observados en los pacientes de Ginecología Oncológica del Hospital Dos de Mayo en el año 2013?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Determinar los factores asociados al virus del papiloma humano (VPH) en pacientes del consultorio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2013.

1.3.2 Objetivos Específicos

Determinar los síntomas y efectos del virus del papiloma humano (VPH) observado en los pacientes de los consultorios de Ginecología Oncológica del Hospital Dos de Mayo en el año 2013

Determinar los resultados de los exámenes de los diagnósticos del virus del papiloma humano (VPH) observado en los pacientes de los consultorios de Ginecología Oncológica del Hospital Dos de Mayo en el año 2013.

Determinar los efectos del comportamiento sexual del virus del papiloma humano (VPH) en pacientes de Ginecología Oncológica del Hospital Dos de Mayo en el año 2013 .

1.4 HIPOTESIS

Determinar los factores asociados del virus del papiloma humano en pacientes del consultorio de ginecología oncológica del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2013.

1.5 VARIABLES

1. Variables de estudio

Las variables analizadas han recogidas de las historias clínicas de las pacientes depositadas en el Servicio de Documentación Clínica del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2013.

2. Variable Intervinientes:

Variables independientes (V1), llamado también variable causa, que comprende los Factores asociados al VPH

Variables Dependientes (V2), llamado también variable efecto, constituido por las pacientes de Ginecología Oncológica.

Operacionalización de las variables

Variables

- Edad
- Lugar de procedencia
- Nivel socioeconómico
- Grado de instrucción
- Signos y síntomas
- Consumo de tabaco
- Antecedente de Enfermedad de transmisión sexual
- Edad de inicio de relaciones sexuales
- Número de parejas sexuales
- Uso de anticonceptivos orales
- Uso de condón
- Pareja sexual actual
- Gestaciones
- Prueba de Papanicolaou
- Colposcopia: Test de Schiller; IVA
- Biopsia

Definición operacional de las variables

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional	Valores finales	Indicadores y valores
Edad	Cuantitativa	De razón	Número de años vividos del paciente	< 16 16 – 25 26- 35 36- 45 >45	A B C D E
Lugar de procedencia	Cualitativa	Nominal	Lugar de origen.	Distritos con mayor frecuencia.	
Grado de instrucción	Cualitativa	Nominal	Nivel educativo.	Primaria Secundaria Técnico Superior	A B C D

Signos y síntomas	Cualitativa	Nominal	Clínica asociada.	<ul style="list-style-type: none"> - Verrugas genitales - Sangrado vaginal - Secreción acuosa - Dolor pélvico - Dispareunia - Asintomático 	<p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>F</p>
Consumo de tabaco	Cualitativa	Nominal	Práctica de fumar.	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>A</p> <p>B</p>
Antecedente de Enfermedad de transmisión sexual	Cualitativa	Nominal	Entidades de tipo clínico infectocontagiosas, que se transmiten a través de relaciones sexuales.	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>A</p> <p>B</p>

Edad de Inicio de relaciones sexuales	Cuantitativa	De razón	Edad de inicio de relaciones sexuales.	Adolescentes (12-17) Jóvenes (18-29) Adultas (30-59) Adulto mayor (>60)	A B C D
Número de parejas sexuales	Cuantitativa	De razón	Número de parejas sexuales.	0 1 2 >2	A B C D
Uso de anticonceptivos orales	Cualitativa	Nominal	Método anticonceptivo: vía oral	Si No	A B
Uso de condón	Cualitativa	Nominal	Método de barrera.	Si No	A B
Pareja sexual actual	Cualitativa	Nominal	Pareja actual	Si No	A B
Gestaciones		De razón	Número de embarazos	0 1-3	A B

		Cuantitativa			4-6	C
					≥7	D
Prueba de Papanicolaou		Cualitativa	Nominal	Prueba de <i>screening</i> precoz para el cáncer de cuello uterino	<ul style="list-style-type: none"> - Negativa para malignidad. - Atipia citológica de significado incierto. - Lesión intraepitelial de bajo grado. - Lesión intraepitelial de alto grado. - Carcinoma invasor 	A B C D E
Colposcopia	Test de Schill	Cualitativa	Nominal	Técnica usada para detectar y tratar lesiones pres cancerígenos y cancerosos en el cuello de la matriz, así como diagnóstico y tratamiento de enfermedades de	Positivo	A
	IVA	Cualitativa	Nomina		Negativo	B
					Positivo	A
					Negativo	B

				transmisión sexual.		
Biopsia	Lesión de bajo grado	Cualitativa	Nominal	Tipo A-P	VPH	A
					Displasia leve	B
	Lesión de alto grado	Cualitativa	Nominal	Tipo A-P	Displasia moderada	C
					Displasia severa	D
					Carcinoma <i>In Situ</i>	E

1.6. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El virus del papiloma humano (VPH) es el principal agente etiológico infeccioso asociado con la patogénesis del cáncer de cuello uterino. Se plantea que el conocimiento de la virología y las manifestaciones clínicas de este virus constituyen el eslabón fundamental en el entendimiento del proceso neoplásico. Los estudios epidemiológicos han demostrado una fuerte asociación entre la conducta sexual y la infección del virus del papiloma humano. Se indica que las mujeres con múltiples patrones sexuales, embarazos a temprana edad e historias de infecciones, aumentan el riesgo de padecer la enfermedad.

Por lo que consideramos que la infección del virus del papiloma humano, es un problema de salud pública y es importante conocer cifras actuales acerca de la prevalencia y factores de riesgo en nuestra población.

Además, es de suma importancia educar a la población femenina acerca de la prevención, por medio de campañas de salud pública y conocimiento acerca de la vacuna frente al virus del papiloma humano y así disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino, que es la principal neoplasia en nuestro país.

1.7 LIMITACIONES

1.7.1 Limitaciones Espaciales

Siempre la recopilación de la información en todo proyecto es problemático para el investigador en los centros donde laborales. Pero en este caso la limitación ha sido mínima, por cuanto que se ha recurrido a un establecimiento público, con afluencia de muchos trabajadores de todos los niveles y público usuario que concurren en

busca de servicios y otros en general, de los que hemos extraído la información necesaria.

1.7.2. Limitaciones Temporales

Referido a la disponibilidad del tiempo de los investigadores. Al respecto es importante considerar que la limitación de mi tiempo por las labores que desempeño, han dilatado un tanto el tiempo; pero dado la necesidad se ha tenido sacrificar el tiempo destinado a otras actividades y emplearlos en la investigación, el mismo que han generado otros problemas en la investigadora.

1.7.3. Limitaciones Económicas

De acuerdo a las limitaciones anteriores planteadas, la dilatación del tiempo, la poca disponibilidad del mismo en la investigadora, los gastos realizados en todo el proceso investigador, han tenido un efecto sustancial en la parte económica, es decir, los desembolsos del interesado ha sido bastante considerable, pero satisfactorio por los resultados obtenidos.

1.8. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se considera que es viable por las razones siguientes

- Porque poseemos las autorizaciones correspondientes de las autoridades del hospital, dirección y jefatura de capacitación.
- Asimismo se obtendrá el permiso del servicio de ginecología oncológica, por medio del Doctor Parra Saldaña para tener acceso al

cuaderno del servicio en donde están registrados los números de historias clínicas.

- Se solicitará autorización a la dirección de docencia y jefatura de archivos del Hospital Nacional Dos de Mayo para obtener los datos de las historias clínicas.
- La investigadora cuenta con los recursos financieros adecuados para la consecución del presente estudio.
- La investigadora se dedicará a tiempo completo y exclusivamente en la realización de la presente investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Núñez-Troconis J, Delgado M, González J, et al, publicaron en el 2009, "*Prevalence and risk factors of human papillomavirus infection in asymptomatic women in a Venezuelan urban area*".⁹ El objetivo de este estudio fue investigar la prevalencia y factores de riesgo del virus del papiloma humano genital en mujeres asintomáticas, se analizaron a 302 mujeres que asistieron a la Clínica Ginecológica de Pacientes de un hospital de tercer nivel, se utilizó la prueba de Papanicolaou y HC2. La prueba HC2 demostró que 47 muestras (15,6%) fueron positivas para el VPH. 40 pacientes (13,2%) fueron positivas para VPH de alto riesgo y 11 (3,6%) fueron positivas a PVH de bajo riesgo. La prevalencia de las infecciones por VPH fue mayor para las mujeres menores de 35 años (51,1%, $p < 0,02$) y disminuyó hasta el 6,4% para las mujeres ≥ 65 años. Las mujeres que no habían terminado la escuela secundaria tenían una mayor prevalencia de infección por VPH ($p < 0,035$). Concluyeron que la prevalencia de infección por VPH en mujeres asintomáticas venezolanas fue del 15,6% y que la infección por VPH es más frecuente en adultas jóvenes, y en mujeres con bajo nivel educativo.

Silva KC, Rosa ML, Moyse y cols. publican en el 2009, "*Risk factors associated with human papillomavirus infection in two populations from Rio de Janeiro, Brazil*".¹⁰ El objetivo de este estudio fue investigar el virus del papiloma humano (VPH) en dos poblaciones femeninas de

diversos estratos socio-económicos del estado de Río de Janeiro y evaluar factores de riesgo. En el Grupo I, el 10,7% presentó infección por VPH, mientras que en el grupo II el VPH se detectó en el 31,1%. Para el grupo I, la prueba de Papanicolaou es el factor independiente más poderoso asociado con el VPH, seguida por una edad de menos de 30 años, el número de parejas sexuales y el origen étnico negro. En el Grupo II, la prueba de Papanicolaou fue la variable más relevante, la historia de otras enfermedades de transmisión sexual y el uso de alcohol fueron factores adicionales implicados en la infección. Estos resultados señalan la necesidad de estrategias generales y específicas para la detección del VPH de las mujeres brasileñas.

Castellsagué X, Iftner T, Roura E, Vidart JA, Kjaer SK, Bosch FX, Muñoz. Publicaron en junio del 2012, "*Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection of the cervix in Spain: the CLEOPATRE study*",¹¹ cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de la infección cervical por VPH y la distribución del tipo de VPH en mujeres que asisten a la detección del cáncer de cuello uterino en España durante 2007 y 2008. La población de estudio fue de 3 621 mujeres de 18-65 años, se analizaron las muestras por citología y la tipificación genética.

La prevalencia del VPH fue de 14,3% en mujeres de 18-65 años, y el 28,8% entre las mujeres de entre 18-25 años. Las infecciones múltiples estuvieron presentes en el 4,1% de mujeres con PVH. Aunque no es una verdadera encuesta poblacional, este estudio proporciona información de línea de base para la futura evaluación del impacto de los programas actuales de vacunación contra el VPH en España. La alta prevalencia de

infección por VPH en mujeres jóvenes puede reflejar los recientes cambios en el comportamiento sexual.

Vinodhini K, Shanmughapriya S, Das BC y Natarajaseenivasan K. publicaron en marzo del 2012 un metaanálisis, "*Prevalence and risk factors of HPV infection among women from various provinces of the world*".¹² El objetivo de este trabajo fue estimar la prevalencia del virus del papiloma humano (VPH) y sus factores de riesgo asociados entre las mujeres con citología normal y anormal. Se incluyeron 280 estudios, de los cuales 120 fueron incluidos en el análisis final. La prevalencia global del VPH en 576.281 mujeres se estimó en 32,1%. Las estimaciones por regiones mostraron que Asia oriental (China) tenía la más alta prevalencia con 57,7% de infección por el VPH seguida de Asia sur central. La prevalencia del VPH fue mayor en los países menos desarrollados (42,2%) que en las regiones más desarrolladas (22,6%). El estudio tipo específico de HPV mostró prevalencia del VPH 16 (9,5%) y 18 (6,2%).

El Coito por primera vez en edad (≤ 15) años, múltiples embarazos, múltiples parejas sexuales, uso de anticonceptivos, el hábito de fumar y la edad temprana en el matrimonio eran reconocidos como los factores de riesgo significativos para la infección por VPH. A pesar de que las proteínas oncogénicas de VPH-16 fueron detectadas en las regiones más desarrolladas y las menos desarrolladas, la prevalencia y la gravedad de las enfermedades entre las regiones menos desarrolladas podría estar explicada como la exposición a los factores de riesgo asociados a las condiciones de vida de dicha población.

Valderrama C, María, Campos, Francisco E., Cárcamo, César P. et al, publicaron en el 2007, "Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima".¹³ El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano (VPH) en mujeres estudiantes en educación superior de 18 a 26 años de Lima. Realizaron un estudio de corte transversal, en dos universidades y un instituto superior tecnológico de Lima, durante los meses de agosto a diciembre del 2001. Se aplicó un cuestionario y se colectaron muestras para Papanicolaou (PAP) y detección del ADN de los VPH 6, 11, 16, 18 por el método de PCR. Se incluyeron en el análisis 321 estudiantes que reportaron actividad sexual a quienes se tomó muestras para PAP y VPH.

La prevalencia de VPH (6, 11, 16, 18) fue de 8,4%, y para las lesiones cervicales fue 2,5% (diagnóstico a través del PAP). Las lesiones cervicales o presencia del VPH fueron más frecuentes en el grupo de 21 a 23 años ($p= 0,024$). La diferencia de edades (tres a más años) entre la pareja sexual de mayor edad y la participante se asoció significativamente con lesiones cervicales o presencia del VPH (OR: 8,8; IC95:1,9-39,6). La edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y uso de condón, no mostraron significancia estadística. Las lesiones cervicales o presencia del VPH son frecuentes en esta población de mujeres jóvenes. La edad y la diferencia de edades con la pareja sexual de mayor edad se asociaron a las lesiones cervicales o presencia del VPH.

Badano Inés, Pedrozo René W, Ruíz Díaz Laura S, Galuppo Juan A, Picconi María A, Campos Rodolfo H et al, publicaron en el 2011, "*Human papillomavirus (HPV) detection and Papanicolaou cytology in low-resource women in Posadas city, Misiones, Argentina*",¹⁴ con el objetivo de determinar la prevalencia de la infección por HPV y de lesiones cervicales en mujeres asistidas en un centro de salud situado en un área de bajos recursos de la ciudad de Posadas, Misiones, Argentina. Las muestras (n = 163) fueron examinadas mediante las pruebas de Papanicolaou y de PCR para HPV. Los factores socioculturales de riesgo fueron identificados mediante el cálculo de (OR, IC 95 %). Se detectaron lesiones cervicales en el 14,7 % de las mujeres. La prevalencia de infección por HPV fue de 38 %.

Los tipos más frecuentes en la población total fueron HPV-16 (9,8 %) y HPV-33 (9,3 %). El HPV-16 se detectó asociado al 29,2 % y al 6,5 % de las mujeres con lesiones del cuello uterino y sin ellas, respectivamente, con un OR de 5,3. Los factores de riesgo para la infección por HPV-16 fueron el hábito de fumar y el antecedente de enfermedades de transmisión sexual. Estos datos son importantes para la ejecución de los programas de prevención, incluyendo una introducción adecuada de la vacunación.

Salfa MC, Bocci C, Lillo F, Regine V, Brunini S, Camoni L, Barbero M, Suligoi B. publicaron en el 2011, "*Genital human papillomavirus (HPV) infection in women in the province of Asti (Italy)*",¹⁵ El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de la infección por VPH en mujeres de la población general e identificar los factores de riesgo asociados. Se incluyeron en el estudio, 500 mujeres que participaron en un programa

de detección de cáncer cervical que se realizó en Asti entre abril de 2005 y octubre de 2005. La prevalencia de infección por VPH fue de 10,6%. Los genotipos más frecuentes fueron los tipos 18, 16, 51 y 31. El humo del cigarrillo y el uso de anticonceptivos orales se encontraron significativamente asociados con la infección del virus del papiloma humano.

Liu SS, Chan KY, Leung RC, Chan KK, Tam KF, Luk MH et al. Publicaron en el 2011, "*Prevalence and risk factors of Human Papillomavirus (HPV) infection in southern Chinese women - a population-based study*".

Este estudio tuvo como objetivo comparar la prevalencia del VPH y factores de riesgo entre las mujeres que residen en Hong Kong (HK) y Guangzhou (GZ) región de China. Un total de 1.570 y 1.369 mujeres fueron reclutadas de HK y GZ, respectivamente. Las muestras citológicas fueron recogidas y analizadas para la infección por VPH. Las mujeres con citología normal en la cohorte GZ tenían mayor prevalencia de HPV (10%) que los de la cohorte HK (6,2%, $p < 0,001$). En el grupo de HK, las mujeres en la edad de 20-29 años tuvieron la mayor prevalencia y un segundo pico se observó en la edad de ≥ 60 años de edad. En la cohorte de GZ, la mayor prevalencia del VPH también se observó en 20-29 años de edad, pero se redujo al aumentar la edad y un segundo pico no fue visto. HPV16 HPV52 y fueron los tipos más comunes de HK y GZ, respectivamente. La edad fue el factor que más se observó como riesgo independiente para la infección por VPH en HK, mientras que el número de parejas sexuales tuvieron asociación en la cohorte de GZ. Los

resultados sugieren fuertemente que la educación de la población y la detección eficaz del cáncer cervical podría ser vital en la prevención.

Fernandes JV, Meissner Rde V, de Carvalho MG, Fernandes TA, de Azevedo PR, Villa LL. Publicaron en el 2009, "*Prevalence of HPV infection by cervical cytologic status in Brazil*" ¹⁷. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia del virus del papiloma humano (VPH) en función del estado citológico cervical en el noreste de Brasil, identificar otros factores de riesgo para las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo y de alto grado (LSIL y HSIL), e identificar los genotipos de VPH más comunes asociados con el lesiones. Dos frotis cervicales se recogieron de 250 mujeres referidas para la detección del cáncer, uno para el examen citológico y el otro para la prueba de la presencia de VPH por PCR con la tipificación genética por hibridación *dot blot*. Se encontró 110 cérvix saludables, LSIL 82 y 58 HSIL. La prevalencia global del VPH fue del 48%, con tasas más altas para HSIL, y el VPH-16 fue el tipo más frecuente. La edad, múltiples parejas sexuales, el tipo de VPH presente, el tabaquismo, y el inicio temprano de la actividad sexual son factores de riesgo para las lesiones cervicales. La edad, múltiples parejas sexuales y la infección con el VPH-16 aumentaron el riesgo de tener LSIL o HSIL. El inicio temprano de la actividad sexual y el tabaquismo aumentaron el riesgo de tener HSIL

2.2 BASES TEÓRICAS

La infección por transmisión sexual del virus de papiloma humano (VPH) está considerada actualmente como la más frecuente en el mundo y

como el principal factor etiológico de lesiones intraepiteliales y cáncer cervicouterino.¹⁸

La evidencia epidemiológica y molecular tiene establecida una relación causal entre las infecciones persistentes con alto riesgo del virus del papiloma humano (VPH) y el desarrollo del cáncer de cuello de útero.¹⁹

El cáncer cervical es el segundo cáncer más común en las mujeres, con un estimado de 530 000 nuevos casos por año. Cada año, más de 270 000 mujeres mueren de cáncer de cuello uterino; más del 85% de estas muertes ocurren en países de bajos y medianos ingresos.²

Los tipos VPH 16 y 18 son los responsables de aproximadamente el 70% de los cánceres de cérvix, vagina y ano, y entre el 30-40% de los cánceres de vulva, pene y orofaringe. Los tipos 6 y 11 son los agentes causales de las verrugas genitales y de las papilomatosis respiratorias recurrentes.^{20, 21} El VPH - 16 es el tipo más frecuente en todo el mundo, algunos genotipos como el tipo de 52 y 58 son poco frecuentes en los países occidentales, mientras que son relativamente prevalentes en las poblaciones de Asia.²²

Estructura y clasificación del virus papiloma humano:

El virus papiloma humano, virus del género Papillomavirus de la familia Papillomaviridae, es un virus pequeño y sin envoltura, de cápside icosaédrica de 50 nm organizada en 72 capsómeros. Cada uno de estos capsómeros está constituido por dos proteínas estructurales, L1 y L2, ambas codificadas por el virus, que se unen y estabilizan la cápside mediante puentes disulfuro. Posee un ADN bicatenario circular. Es un virus productor de diversas infecciones según su localización (cutánea, respiratoria o anogenital), y algunos de sus más de cien tipos están

relacionados con procesos oncogénicos, preferentemente el cáncer de cuello de útero. ²³ Usualmente, el resultado de la infección es la formación de un crecimiento benigno, verruga, o papiloma, ubicado en cualquier lugar del cuerpo. ⁵

La replicación de los virus papiloma depende del grado de diferenciación de los queratinocitos; las partículas virales maduras sólo se detectan en los núcleos de los estratos granuloso y córneo. Los efectos citopáticos que se observan en el epitelio, tales como la presencia de inclusiones intracitoplasmáticas o nucleares, o la vacuolización perinuclear que caracteriza a las células coilocíticas, son secundarios a la interferencia ocasionada por el virus en la diferenciación de la célula huésped. Aún no se conoce cómo este virus tiene la capacidad de penetrar la piel intacta; se sospecha que los microtraumatismos facilitan su acceso a las capas más profundas de piel y mucosas. ⁵

El VPH, a diferencia de otros virus, no crece en cultivos celulares, de una manera que permita la realización de ensayos antivirales adecuados. Por otro lado, en contraste a los herpes virus, que codifican 72 proteínas virales, el VPH codifica sólo 9 a 10 tipos de proteínas, carece de proteasas, ADN polimerasa, o de enzimas involucradas en el metabolismo de los nucleótidos. Todo esto ha impedido el desarrollo de terapias específicas contra el VPH.

La organización del genoma es la misma para los diferentes tipos de VPH y consiste en tres regiones:

- E (*early*/temprana): contiene genes para la codificación de proteínas reguladoras, transformadoras y replicadoras.

- L (*late/tardía*): contiene genes para la codificación de proteínas estructurales de la cápside.
- Regiones no codificantes.

La clasificación vigente del VPH se basa en forma exclusiva en la caracterización del genoma; se considera que se trata de un nuevo tipo si la región L1, la parte menos variable del genoma del VPH presenta una homología menor de 90% con otros tipos conocidos de VPH. Cuando la homología se sitúa en el rango de 90 a 98% indica un subtipo, y cuando la identidad es mayor de 98%, se considera que es una variante.

Los tipos son designados por números y los subtipos con letras, siguiendo un orden cronológico con respecto a su descripción. De esta manera han sido identificados más de 130 tipos, aunque sólo unos 80 han sido completamente caracterizados.⁵

Patogenia de la infección por virus papiloma:

El ciclo vital del VPH se inicia con la infección de la capa basal de las células epiteliales, donde el virus expresa las proteínas E1 y E2 asociadas a la replicación y transcripción del ADN viral. Las proteínas E5, E6 y E7 son capaces de inducir la proliferación de las células basales y para-basales, provocando la hiperplasia epitelial. En las capas más superficiales de la epidermis se expresan las proteínas L1 y L2 que codifican la cápside y posterior ensamblaje de las partículas virales 1, 2.

⁵ La inmunidad celular y la inmunidad innata son probablemente los factores más importantes en la resistencia del huésped, lo que es sugerido por el infiltrado de células T y la necrosis celular que se

observa en el sitio de regresión de las verrugas, así como la participación de las células presentadoras de antígenos y la secreción de citocinas proinflamatorias. El receptor celular para el VPH parece ser una integrina del tipo $\alpha 6\beta 4$, presente en la superficie de los queratinocitos de la capa basal. La respuesta innata está manifestada por la presencia de los receptores *Toll* (*Toll-like receptors*), definidos como 10 receptores de reconocimiento de patógenos existentes en las células presentadoras de antígenos, activados por distintas proteínas microbianas y partículas virales, permitiendo una rápida respuesta a la infección por medio de la secreción de citocinas proinflamatorias.

La inmunidad humoral está descrita con la presencia de anticuerpos anticápside del VPH, y la transferencia pasiva de inmunidad ya fue demostrada.

Las proteínas virales E6 y E7 participan en el proceso de oncogénesis. La proteína E6 de los tipos 16 y 18 de VPH tiene la capacidad de interactuar con proteínas celulares de la regulación del ciclo celular. Dentro de las proteínas que son degradadas, destaca la proteína p53, cuya misión es proteger la integridad del genoma durante el ciclo celular, impidiendo que se propaguen mutaciones a las células hijas que pueden evolucionar hacia una neoplasia. La proteína E7 coopera con la E6 en la inmortalización de los queratinocitos, interactuando con proteínas reguladoras del crecimiento celular como p107 y p130, relacionadas con el gen PRB, ciclina A y los factores de transcripción de la familia AP1.⁵

Tipos de VPH

Algunos tipos de VPH genitales pueden causar verrugas en forma de coliflor en o alrededor de los genitales y el ano tanto en hombres como

en mujeres. En las mujeres, las verrugas también pueden aparecer en el cuello uterino y la vagina. Este tipo de "verruca genital" se llama condiloma acuminado y es causado con más frecuencia por el VPH-6 o el VPH-11, llamados "virus de bajo riesgo", debido a que estas verrugas genitales muy rara vez se convierten en cáncer. Estos tipos de VPH de bajo riesgo también pueden causar cambios de bajo grado en las células del cuello uterino que no se transforman en cáncer. Otros tipos de VPH genitales han sido asociados con cánceres tanto en hombres como en mujeres. Estos tipos son llamados de "alto riesgo" debido a que pueden causar cáncer. Además, causan cambios de bajo grado y de alto grado en las células del cuello uterino, así como pre cánceres. Los tipos de VPH de alto riesgo comunes incluyen: VPH-16, VPH-18, VPH-31, VPH-35, VPH-39, VPH-45, VPH-51, VPH-52, VPH-58.²⁴

En algunos países desarrollados, entre ellos España y Corea del Sur, el pico de infección por VPH por lo general ocurre en personas jóvenes, menores de 25 años y disminuye drásticamente a medida que aumenta la edad.²⁵ El Virus del papiloma humano es una infección de transmisión sexual más común en mujeres jóvenes con tasas de prevalencia tan alta como 82 % en algunas poblaciones²⁶, por lo tanto la edad es un factor importante, ya que la infección por HPV es mayor en las menores de 25 años, probablemente debido a conductas sexuales más arriesgadas (no uso de preservativo, más compañeros sexuales) y razones biológicas (inmadurez cervical, déficit del flujo cervical protector y ectopia cervical aumentada), el iniciar la vida sexual en edades tempranas se relaciona en forma estrecha al número de parejas con la cual se aumenta el riesgo del VPH.

El estado de inmunosupresión también se ha asociado como factor de riesgo para la infección por VPH, principalmente en pacientes con trasplante renal y portadores de VIH.¹³ Otros factores probables para que una infección cervical por VPH progrese a cáncer son la infección por *Chlamydia tracomatis*, el virus del herpes tipo 2, y determinados déficit nutricionales (dietas deficitarias en frutas y verduras). Igualmente parece que tienen importancia, aunque no han sido claramente establecidos, los factores genéticos e inmunológicos del huésped, factores virales, como las variantes de tipo y la carga viral.²⁰

El VPH genital se transmite principalmente mediante el contacto directo de piel a piel durante el sexo vaginal, oral o anal. No se propaga a través de la sangre o fluidos corporales. Las infecciones son muy comunes poco tiempo después que una mujer comienza a tener relaciones sexuales con una o más parejas.²⁰

Ocasionalmente, las infecciones por VPH se transmiten de la madre al recién nacido produciendo infecciones del tracto respiratorio superior y ocasionando una rara entidad clínica denominada papilomatosis laríngea.³

El VPH genital usualmente no presenta síntomas, a menos que sea un tipo que causa verrugas genitales. Las verrugas genitales pueden presentarse dentro de varias semanas o meses después del contacto con una pareja que tiene el VPH. Resulta menos común que las verrugas genitales se presenten años después de la exposición al virus. Por lo general, las verrugas lucen como una pequeña protuberancia o grupos de protuberancias en el área genital. Pueden ser pequeñas o

grandes, planas o prominentes, o en forma de coliflor. Si no son tratadas, las verrugas genitales pudiesen desaparecer, permanecer y no cambiar o aumentar en tamaño o en número. Rara vez estas verrugas se convierten en cáncer.

La mayoría de las personas nunca sabrá que tienen VPH, ya que no presentan síntomas y sus sistemas inmunológicos inactivan el virus. En alrededor del 90% de las personas, el sistema inmunológico del cuerpo elimina la infección con el VPH dentro de 2 años. Esto es cierto tanto para el tipo de alto riesgo, como para el de bajo riesgo del VPH. Algunas veces, las infecciones con el VPH no son eliminadas. Esto puede causar cambios celulares que con el transcurso de muchos años pueden derivar en cáncer. ^{24, 27}

Pruebas de detección del PVH

Una prueba del Papanicolaou se utiliza para detectar cambios celulares o células anormales en el cuello uterino. (Estas células anormales pueden ser precancerosas o cáncer), se extraen células del cuello uterino y se procesan, luego se observan con un microscopio para ver si las células son normales o si se pueden observar cambios en ellas; la prueba de Papanicolaou es excelente para encontrar células cancerosas y células que pudieran convertirse en cáncer. ¹²

Recientemente se han diseñado nuevas pruebas diagnósticas basadas en propiedades ópticas, y se han utilizado imágenes digitalizadas para localizar con precisión los lugares de infección, donde se incluye la cervicografía, y la colposcopia digital que se han utilizado más bien con fines investigativos y no en todas partes. ¹⁰

La colposcopia se realiza cuando la prueba de Papanicolaou revela alteraciones anormales en las células del cuello uterino, brinda más información sobre el estado de las células anormales. La colposcopia es la exploración visual de la vagina y el cuello uterino con un colposcopio, con el fin de visualizar y caracterizar correctamente las lesiones de esta zona. ²³ El colposcopio puede aumentar la vista normal de 2 a 60 veces. Este examen le permite al médico detectar problemas que no se pueden ver a simple vista, ¹³ mediante dos procedimientos; la Inspección Visual de Ácido Acético (IVAA) y La Inspección Visual con Solución yodoyodurada de Lugol (IVSL)

Entre las pruebas de sospecha de infección viral estarían la citología orgánica del cuello uterino, la inspección visual del cuello con ácido acético al 5 %¹⁰ y la inspección visual con solución yodurada de lugol, también conocida como prueba de Schiller, en donde los cambios de color del cuello uterino tras la aplicación de la solución dependen de la presencia o ausencia de glucógeno en las células epiteliales. ²⁸

La infección por VPH produce cambios importantes en la morfología celular, por ejemplo se observa la formación de una amplia vacuola perinuclear, el núcleo agrandado, irregular e hiperocrómico, además de ser posible encontrar binucleaciones. Las células que han sufrido esta serie de cambios son conocidas como coilocitos, y son consideradas como la "huella digital" del VPH. ¹⁰

No existe tratamiento para el virus en sí, sin embargo, la mayoría de las infecciones con el VPH desaparecen con la ayuda del sistema inmunológico del cuerpo, usualmente en el lapso de 2 años. Los cambios celulares causados por una infección con VPH pueden ser

tratados. Por ejemplo, las verrugas genitales pueden ser tratadas. Los cambios celulares precancerosos causados por el VPH se pueden encontrar mediante pruebas de Papanicolaou y ser tratados. Además se pueden tratar los cánceres de cuello uterino, los anales y los genitales.²⁴

Una vacuna contra el VPH es actualmente la primera opción para la prevención de la infección por VPH y la consiguiente reducción de la incidencia de los cánceres de cuello uterino. La investigación sobre vacunas contra el VPH se dirige principalmente a los genotipos de VPH de alto riesgo. Se informa de que la infección persistente por el VPH es el factor crucial para el cáncer de cuello de útero. Para investigar los resultados de la vacuna contra el VPH y el cribado basado en un examen del VPH para la prevención del cáncer de cuello de útero, la infección por VPH en gran población requiere un examen.²⁵

La vacuna profiláctica contra el virus del papiloma humano (VPH) constituye la herramienta de salud pública más promisorias para la prevención primaria de cáncer de cuello uterino. La vacunación de mujeres antes de haber adquirido la infección viral tiene un gran impacto en la prevención de lesiones pre neoplásicas y cáncer de cuello uterino. Las vacunas actuales no eliminan completamente el riesgo de cáncer de cérvix, por lo tanto las mujeres vacunadas como las que no alcancen a recibir la vacuna, se les debe seguir ofreciendo los programas de detección temprana.²⁹

La evidencia epidemiológica y molecular tiene establecida una relación causal entre las infecciones persistentes con “alto riesgo” del virus del papiloma humano (VPH) y el desarrollo del cáncer de cuello de útero.¹⁹

Dada la relación causal establecida entre tipos específicos de VPH con el cáncer cervical y lesiones precursoras, es importante la identificación del tipo viral involucrado. La tipificación se realiza mediante diversos métodos que varían en sensibilidad y especificidad, cuya utilización depende, principalmente, del objetivo perseguido y de las características de la muestra evaluada. La tipificación del VPH no sólo es importante clínicamente para el seguimiento y establecimiento del tratamiento a un paciente dado; además permite conocer los tipos virales que circulan en una población, lo que es de interés en el desarrollo de programas de prevención y tratamiento de esta enfermedad.³⁰

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

PAP: llamada también citología vaginal, es el método que se realiza para detectar cambios en las células del cuello de su útero. El cuello del útero es la parte inferior del útero (matriz) que se conecta a la vagina (canal del parto.) La prueba de Papanicolaou puede decirle si tiene una infección, células anormales (no saludables) o cáncer

COLPOSCOPIA: es un procedimiento médico consistente en la observación microscópica del epitelio cuello uterino, paredes vaginales así como entrada a la vagina, que permite identificar lesiones precancerosas con gran precisión; se realiza mediante dos procedimientos: el Test de Schiller y la Inspección Visual de Ácido Acético (IVAA)

TEST DE SCHILLER: basado en la propiedad que las células cancerígenas no poseen glucógeno y, por tanto, no se tiñen con una solución de lugol, por lo tanto, la técnica se basa en bañar con una solución de lugol las lesiones precancerosas del cuello uterino: las que se tiñen de color marrón pardo se consideran normales, mientras que las no coloreadas son potencialmente patológicas. Por lo tanto, cuando una zona no se tiñe con el lugol despierta sospecha de patología. En ese caso el test es positivo; por el contrario, si aplicado el lugol el tejido toma el color caoba característico se supone que no hay lesión = test de Schiller negativo.

LA IVAA (Inspección Visual de Ácido Acético): se realiza mediante un lavado del cuello uterino con entre 3% y 5% de ácido acético (vinagre) durante un minuto. Luego se observa directamente el cuello uterino, sin ningún tipo de aparato. Si se observan las características áreas blancas bien definidas cerca de la zona de transformación, se considera que la prueba es positiva para cambios celulares precancerosos o cáncer invasivo en su estadio temprano.

BIOPSIA DE CUELLO UTERINO se define como un procedimiento que se realiza para extraer tejido del cuello uterino con el fin de detectar condiciones anormales o precancerosas, o cáncer de cuello uterino

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo

3.2 POBLACION Y MUESTRA

Población

El número de población a estudiar fue dada por la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Dos de Mayo, la cual está constituida por 1107 pacientes con VPH atendidas por consultorio externo del servicio de ginecología oncológica del HN Dos de Mayo en el año 2013.

Criterios de inclusión

- ✓ Historias clínicas de todas las pacientes, de diferentes edades, con VPH atendidas en el consultorio de Ginecología Oncológica del HN en el año 2013.
- ✓ Historias clínicas de todas las pacientes, de diferentes edades, con VPH, que se les haya realizado prueba citológica, colposcopia o biopsia.

Criterios de exclusión

- ✓ Todas las pacientes histerectomizadas que acuden al consultorio de Ginecología Oncológica en el año 2013
- ✓ Todas las pacientes gestantes que acuden al consultorio de Ginecología Oncológica en el año 2013
- ✓ Pacientes que asisten al consultorio de Ginecología Oncológica fuera del periodo de investigación en el año 2013.

- ✓ Historias clínicas que no permitan extraer los datos necesarios para la elaboración del trabajo de investigación.
- ✓ Pacientes cuyas historias clínicas no se hayan conseguido para la evaluación.

Muestra

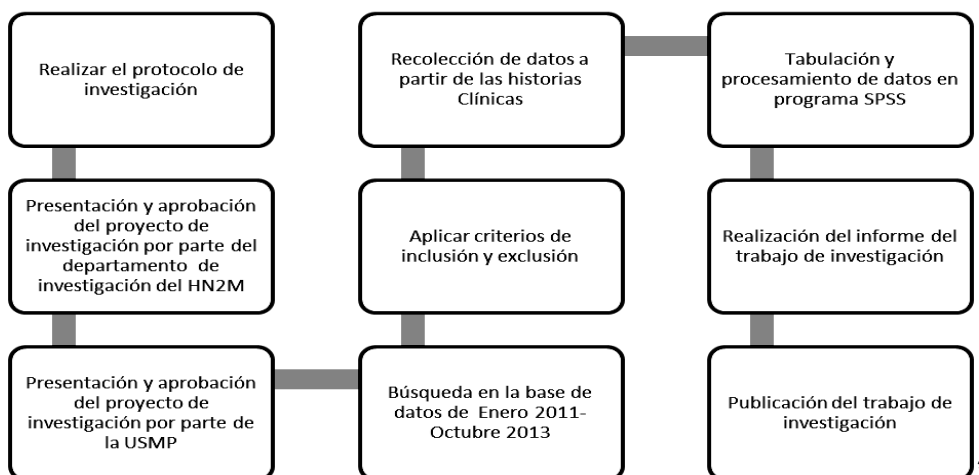
- Unidad de análisis: Historia Clínica de las Pacientes del HN Dos de Mayo con PAP positivo para el VPH en el año 2013.
- Unidad de información: Ficha de recolección de datos.

Cálculo de Muestra

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó una fórmula estadística, se consideró un nivel de confianza del 95% y un nivel de error de 5%, dando como resultado 286 historias clínicas para la recolección de datos, seleccionadas de manera probabilística aleatoria. Las 286 historias revisadas cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

$$n = \frac{Z^2 N p q}{E^2 (N-1) + Z^2 p q} \quad n = \frac{1.96^2 \times 1107 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 (1107-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} \quad n = 286$$

3.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Flujograma redactado por la autora

3.4 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Procedimiento detallado del estudio

En el presente estudio, se describirán los factores asociados del virus de papiloma humano en pacientes del consultorio de ginecología oncológica en el Hospital Dos de Mayo en el año 2013. Las variables consideradas en el estudio serán trasladadas a la ficha de recolección previamente diseñadas. Los datos de las variables serán procesados con el programa estadístico SPSS versión 20.0 y representados en cuadros y gráficos para un fácil entendimiento con el fin de cumplir todos los objetivos propuestos.

Procedimientos Estadísticos

Se realizarán análisis descriptivos según la naturaleza de las variables definidas que se representarán de acuerdo a frecuencia, porcentajes, promedios y desviaciones estándar.

- Se construirán tablas simples y de doble entrada, gráficas circulares y de barras con la intención de mostrar los resultados obtenidos.
- El programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 20 será utilizado para el procesamiento de los datos.

Aspectos Éticos

La investigación se realizará en base a fichas de datos. Estas fichas serán llenadas por el investigador a partir de historias clínicas del HN2DEM. En las fichas se indicarán los datos pertinentes para la investigación y el número de historia clínica, por lo que las fichas serán codificadas. Por tratarse de un estudio descriptivo, retrospectivo solo se revisarán los datos de la historia clínica, sin embargo todos los datos obtenidos serán

manejados con confidencialidad, de acuerdo con los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación biomédica.

a) Casos experimentales

El Servicio de Dermatología del Complejo Asistencial del Hospital Nacional Dos de Mayo cuenta con una amplia experiencia en la detección de la infección por VPH mediante PCR, ya que entre los años 2011 y 2012 se han realizado 465 determinaciones por diferentes causas, entre las que podemos citar la presencia de signos de infección genital por VPH o lesiones ano genitales no filiadas; la exposición epidemiológica al VPH (incluyendo los varones pareja de mujeres infectadas objeto de nuestro estudio); y neoplasias del área ano genital entre otras. De ellas se han seleccionado las que corresponden a muestras de epitelio genital masculino, que suman 355, a fin de conocer qué proporción de las mismas son positivas y la distribución de los tipos virales en ellas. A todas las pacientes incluidas en nuestro estudio se les aplicó el cribado del cáncer de cérvix mediante citología convencional y se confirmó el diagnóstico mediante estudio histológico. El estudio molecular de las muestras se realizó por el personal del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital 2 de Mayo. El tratamiento y seguimiento de la evolución fue realizado por el personal facultativo de la Unidad de Oncología Ginecológica de Materno-Infantil del mismo Centro Hospitalario.

3. Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio las pacientes diagnosticadas con citología anormal, compatible con H-SIL o cáncer de cuello uterino, con estudio molecular de VPH y sometidas a conización cervical. El estudio de campo se realizó entre el 1 mayo del 2011 y 31 abril del 2012, en total 1 año (12 meses consecutivos).

4. Criterios de exclusión

Todos las mujeres que aunque fueron diagnosticadas de lesión intraepitelial no se les practicó una conización cervical o no constaba en la historia clínica un test de estudio molecular del ADN viral o su genotipado.

Todas estas pacientes fueron cribadas (diagnosticadas) por el mismo personal del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Dos de Mayo, tratadas y seguidas en su evolución por la Unidad de Oncología Ginecológica de Materno-Infantil del mismo Centro Hospitalario.

5. Protocolo de estudio

El método empleado para el diagnóstico de sospecha de este grupo de pacientes fue el cribado de cáncer de cérvix mediante citología convencional (triple toma de Wied), siguiendo la clasificación de Bethesda modificada¹. A los casos cuyo informe histológico fue CIN 2+, carcinoma "in situ" o cáncer invasor de cuello uterino, se les realizó una conización cervical en el mismo hospital, dentro del programa de

Hospital de día (cirugía mayor ambulatoria), mediante asa diatérmica bajo anestesia local regional seguida de un legrado endocervical. Las muestras histológicas obtenidas se manejaron de forma convencional, fijadas en formol al 4 %. Las piezas, marcadas previamente con hilo de sutura a las 12 h., se remitieron al servicio de Anatomía Patológica del mismo Hospital, donde se realizaron cortes seriados, en sentido horario, divididos en cuadrantes. Se obtuvieron 34 cortes por cuadrantes de unos 3-4mm, por tanto, en total se analizaron entre 12 a 16

La detección del ADN viral, se realizó en todos y cada uno de los casos mediante la técnica de *Reacción en Cadena de la Polimerasa* (P.C.R.) con una toma con torunda seca aplicada a la U.E.C. del cérvix. La extracción del DNA se realiza de forma automática y se utiliza como molde para la detección de ADN de VPH mediante amplificación del genoma. Dicho resultado se verifica mediante electroforesis en gel de agarosa y tinción con bromuro de etidio, en un transiluminador de luz ultravioleta. Se consideró test positivo cuando aparecía una banda de 150pb.

Posteriormente, en el Servicio hospitalario de Anatomía Patológica se procedía a la identificación del genoma mediante un kit comercializado (Kit VVPH - Geno Array).

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. VEAMOS LAS VARIACIONES ESTADÍSTICAS EN LA PARTE ADMINISTRATIVA

4.1.1. Prueba de normalidad de las puntuaciones directas de los factores asociados al VPH y los pacientes de ginecología oncológica.

Relación paramétrica de R de Pearson

Tabla No. 1
Prueba de Kolmogorov- Smirnov para una muestra

		FACTORES ASOCIADOS AL VPH	PACIENTES DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA
N		285	285
Parámetros normales ^{a,b}	Media	39,7642	78,7805
	Desviación típica	6,58747	11,75539
Diferencias más extremas	Absoluta	,085	,108
	Positiva	,050	,108
	Negativa	-,085	-,046
Z de Kolmogorov-Smirnov		,947	1,193
Sig. asintót. (bilateral)		,332	,116

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

En la tabla se observa que los factores asociados al VPH tiene un valor $Z_{(K-S)}=0,947$, el cual tiene como valor $p = 0.000 > 0.05$; así mismo, en los pacientes de Ginecología Oncológica tiene un valor $Z_{(K-S)}=1,193$ el cual tiene como valor $p = 0.00 > 0.05$; esto significa que los datos de las

variables responden a un tratamiento paramétrico; por tanto, al ser los datos de característica paramétrica, se pueden aplicar en la prueba de contraste de hipótesis: la prueba estadística de correlación de rho Pearson, pero como en este tipo de investigación no tiene esta característica, simplemente queda indicado.

4.2.2. Análisis descriptivo

Tabla No. 2

FACTORES ASOCIADOS AL VPH

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DEFICIENTE	3	1.05	1.05	1.05
	POCO EFICIENT.	101	35.43	35.43	36.48
	EFICIENTE	180	63.15	63.52	100,0
	Total	284	99,64	100,0	
Perdido	Sistema	1	0.35		
Total		285	100,0		

Fuente: Elaboración propia

En la tabla y figura se observa que el 1.05% de los pacientes tienen una percepción deficiente del servicio, el 63.15%, lo cual indica que a este tipo de enfermedad se le está combatiendo, pero no lo suficiente, porque cada vez aparecen casos nuevos.

Tabla No. 3

Pacientes de Ginecología Oncológica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje e válido	Porcentaje acumulado
Válidos	INICIO	40	14.01	14.01	14.01

TRATAMIENTO	180	63.20	63.20	77.21
SUPERADOS	55	19.29	19.29	96.50
EMPEORADO	10	3.50	3.5	100,0
Total	285	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla No. 12 se observa que el 3.5% de los pacientes de estos consultorios tienden a empeorar su salud; sin embargo 19.29% logran superar la enfermedad; y por su puesto la mayor parte de esta población se encuentra en tratamiento. El 14.01% de dicha población se encuentra en una situación de inicio, % bajo, es decir que poco conocimiento tienen de esta enfermedad.

4.2.3 Descripción de las variables y las dimensiones de estudio

Tabla No. 4

De contingencia: Pacientes de Ginecología Oncológica y Factores Asociados al VPH

		FACTORES ASOCIADOS AL VPH				Total
		N	%	DEFICIENTE	POCO EFICIENTE	N
				N	N	
PACIENTES DE GINECOLOGÍA ONCOLOG.	INICIO	8	2.8	25 8.76	7 2.45	40 14.01
	TRATAMIENTO	15	5.28	60 21.07	105 36.85	180 63.20
	SUPERADOS	3	1.05	13 4.56	39 13.68	55 19.29

	EMPEORADOS	2	0.70	8	0	10	
				2.80	0	3.50	
Total		28	9.83	106	151	285	
				37.19	42.98	100	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 13 se observa que en la variable Pacientes de Ginecología Oncológica en el nivel de inicio el 2,8% se encuentra en el nivel deficiente, el 8,76% en el nivel poco eficiente del Factor Asociado al VPH, asimismo en el nivel proceso de los Pacientes en Ginecología Oncológica el 5,28% en el nivel deficiente, el 21,07% en el nivel poco eficiente, en el nivel superado el 13,68% en el nivel poco eficiente del Factor Asociado al VPH; y el nivel empeorados de los pacientes, en el nivel poco deficiente solamente 2,8%. Sin embargo destaca el tratamiento eficiente con un 36,85%, el mismo que indica que la atención del Hospital 2 de Mayo cumple con sus funciones adecuadamente.

Tabla No. 5

De contingencia: Pacientes de Ginecología Oncológica y la Función Biopsia

		FUNCIÓN BIOPSIA						Total	
		DEFICIENTE		POCO EFICIENTE		EFICIENTE			
		N	%	N	%	N	%	N	%
PACIENTES DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA	INICIO	2	0.7	7	2.45	31	10.86	40	14.01
	TRATAMIENTO	4	1.40	56	19.65	120	42.15	180	63.20
	SUPERADO	3	1.05	11	3.86	41	14.38	55	19.29

	EMPEORADO	1	0.35	2	0.70	7	2.45	10	3.5
Total		10	3.50	76	26.66	199	69.84	285	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 14 se observa que en la variable Pacientes de Ginecología Oncológica en el nivel inicio el 0.7% se encuentra en el nivel deficiente, el 2.45 en poco. Es importante destacar que los paciente en tratamiento están dentro de las % mayores, es decir el 42.15%. Las % inferiores corresponden a la característica de pacientes empeorados o los que fallecen, por lo cual en base a la información disponible, se determina que en el nivel de deficiente, solamente corresponde al 0.35%; y en el nivel de eficiente el 2.45%, característica que además corresponde a pacientes que llegan con la enfermedad avanzada.

Tabla No. 6 De contingencia:

Pacientes de Ginecología Oncológica y la Función

		Conducta Sexual				Total	
		SIGNO Y SÍNTOMAS DEL VIRUS		POCO EFICIENTE			
		N	%	N	%	N	%
PACIENTES DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	INICIO	34	11.93	58	20.35	92	32.28
	TRATAMIENTO	49	17.19	80	28.07	129	45.26
	SUPERADO	9	3.16	16	5.61	25	8.77
	EMPEORADO	15	5.26	24	8.43	39	13.69

	EMPEOR ADOS	0	0	0	0	0	00	0
Total		28	9.82	100	157	285	100	
				35.09	55.09			

Fuente: Elaboración propia

En la tabla No.7 se observa la relación e influencia entre la variable pacientes de Ginecología Oncológica y la Función Signos y Síntomas del VPH, en donde se puede ver los siguiente: Como se trata de una función primaria, en los niveles de superados y empeorados, no hay efecto alguno. Pero en el nivel de tratamiento se encuentran el 56.14% de los pacientes, donde el 311.23% son atendidos en forma eficiente, el 20.70% de los pacientes tienen algunas irregularidades en su atención, debido a ciertos factores que no sólo dependen del servicio, sino también del mismo paciente; pero la tasa más baja está en la deficiencia a los que están en tratamiento, es decir, el 4.21%, el cual depende más de la irregularidad de los pacientes. En el nivel de inicio también existe una tendencia alta, por tratarse de pacientes nuevos, de los que aún no se tiene nada concreto de su situación, pero el servicio muestra una eficiencia del 23.86%.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los estudios epidemiológicos han buscado diversas explicaciones que han ayudado a comprender el desarrollo del cáncer de cérvix.

La infección por el VPH-AR es necesaria en la patogénesis de la enfermedad. La persistencia de la infección por VPH-AR es requisito imprescindible para el desarrollo de lesiones intraepiteliales de alto grado: CIN 2-3 y cáncer de cérvix. Otros cofactores modulan el riesgo de progresión, pero no actúan independientes del VPH.

El comportamiento sexual de la mujer aumenta el riesgo de infección por el VPH (edad del primer coito, el número de parejas sexuales, relaciones sexuales con hombres que tienen o han tenido múltiples parejas sexuales). Otros factores como la alta paridad, el hábito del consumo de tabaco, las condiciones socio-económicas, la inmunosupresión y el consumo de anticonceptivos hormonales actúan como cofactores y predisponen al desarrollo del cáncer de cuello uterino.

El comportamiento sexual de la mujer no sólo influye en el riesgo de infección por VPH, sino también de otras infecciones de transmisión sexual que actúan también como cofactores en la aparición del cáncer. Algunos de los estudios publicados sugieren que el tabaco es uno de los cofactores ambientales que más se identifican con el riesgo de padecer lesiones precancerosas y cáncer cervical. Determinados carcinógenos del tabaco alcanzan la mucosa cervical donde podrían actuar sinérgicamente con el VPH.

Aunque los factores socioeconómicos estudiados no han podido ser evaluados adecuadamente para establecer una relación con el cáncer de cuello de útero, el acceso limitado al screening citológico, las deficiencias nutricionales y los bajos niveles de antioxidantes pueden contribuir a incrementar el riesgo de esta neoplasia.

VEAMOS ALGUNAS CARACTERÍSTICA LIGADAS A LA POBLACION DE ESTUDIO

1. Edad

De acuerdo a los estudios realizados, la edad media de las pacientes sometidas a conización cervical fue 37,7 años, oscilando en un rango comprendido entre los 23 y los 67 años.

La edad media de las mujeres con CIN en los distintos estudios publicados oscila entre los 27 y 47 años. La edad media encontrada en los diferentes estudios publicados no difiere de la nuestra. Encontramos que el 70% de las pacientes de nuestro estudio pertenecen al grupo de edad comprendido entre los 30 y los 50 años, siendo comparable a lo publicado en la literatura. En el Perú el cáncer de cérvix es el segundo cáncer más frecuente en mujeres de entre 15-44 años de edad.

2. Inicio de las relaciones sexuales

El riesgo de infección por el VPH es mayor en mujeres que inician tempranamente su actividad sexual.

La edad media de inicio de las relaciones sexuales en nuestro estudio fue 17.48 años, con un rango que comprende desde los 12 a los 29 años. El rango de los 16 a los 18 años de edad de inicio de las relaciones sexuales

engloba a los dos tercios del total de casos estudiados, siendo la edad más frecuente a los 16 años.

El estudio AFRODITA aplicó un método transversal de base poblacional, diseñada para estimar el grado del uso de la citología cervical preventiva en España y en América Latina, así como la prevalencia de indicadores sociodemográficos, reproductivos, de conducta sexual y del conocimiento de la mujer sobre la infección por VPH, el cribado y el cáncer de cérvix. Un estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas de 2008, concluye que el rango de edad de inicio de las relaciones sexuales de mayor peso porcentual engloba desde los 15 a los 24 años, siendo la edad más frecuente los 17-18 años. Hemos analizado si el inicio precoz de las relaciones sexuales ha podido influir en el grado de lesión histológica: No hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre la edad de la primera relación sexual y el grado de lesión histológica del cuello uterino. Sin embargo, hemos observado una tendencia, el grupo de mujeres que iniciaron las relaciones sexuales entre los 12 y los 15 años de edad cobra mayor peso relativo a medida que aumenta el grado de lesión del cuello uterino.

3. Número de compañeros sexuales

La asociación entre el número de parejas sexuales y la probabilidad de detectar ADN del VPH en el tracto genital inferior es consistente.

En la bibliografía revisada, encontramos que el riesgo de contagio por el virus está relacionado con el número de compañeros sexuales así como las relaciones sexuales con hombres que tienen o han tenido múltiples

parejas sexuales. El riesgo de infección por VPH es mayor si el tiempo transcurrido entre una pareja sexual y otra es corto.

Otro aspecto interesante es que en la infección por VPH, a nivel mundial, hay una marcada diferencia de género, tal como ha publicado la Dra. San José en 2007 (128), ya que afecta a un 94 % de mujeres frente a sólo un 12 % de hombres, (investigadora española).

En nuestra serie, más del 50% de las pacientes han tenido tres o cuatro parejas sexuales. La media de parejas sexuales es 3,89, con un rango de 1 a 20 parejas.

El Estudio **AFRODITA** publica que el 70,6% de las mujeres han tenido una sola pareja sexual, el 23% entre dos y cuatro y el 6,4% más de cinco, estudio realizado en sociedades europeas, pero que guarda bastante relación con la sociedad peruana.

Por tanto, según los resultados del estudio **AFRODITA**, el número de compañeros sexuales es mayor en las mujeres de nuestro estudio.

Hemos estudiado la posible influencia del número de compañeros sexuales y el grado de lesión del cuello uterino. Observamos que la media de parejas sexuales es mayor en las pacientes con CIN 2-3 y carcinoma de cérvix, que la media de parejas sexuales de las pacientes con CIN 1.

4. Hábito del consumo del tabaco

En distintos estudios se ha relacionado la infección por VPH y el hábito de consumo de tabaco, con la aparición de lesiones precursoras y cáncer en el cuello del útero.

El tabaco tiene un efecto carcinogénico directo y produce una alteración de la inmunidad local en el cuello uterino, favoreciendo la cronificación de la infección por VPH.

En nuestro estudio el 53% de las pacientes eran fumadoras en el momento del diagnóstico.

La encuesta Europea de Salud en España de 2009, publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), indica que el 39.33 % de la población femenina mayor de 16 años son fumadoras, por lo que son propensas a contraer cáncer al cuello uterino; pero como los problemas de salud es única en cualquier lugar, en el Perú también es válida esa tendencia.

Comparando los resultados obtenidos con los del INEI, observamos que el porcentaje de mujeres fumadoras de nuestra muestra es mayor que el de la media nacional, en más de un 10%.. Hemos estudiado la relación entre el consumo del tabaco y el grado de lesión histológica cervical. No hemos encontrado una relación significativa, pero si puede observarse la siguiente tendencia.

5. Gravidéz

Las modificaciones hormonales del embarazo modulan localmente la respuesta inmune. Los cambios cervicales del parto facilitan la ectopia cervical y favorecen la infección VPH y su persistencia.

El número de gestaciones en nuestra población osciló entre 0 y 4, siendo la media de embarazos por paciente de 1,4. Respecto al número de

partos recogemos una media de 1,1 partos por paciente. La media de abortos por paciente es de 0,3.

Otros estudios y controles sobre el carcinoma invasivo y dos estudios sobre el carcinoma in situ del cuello uterino, sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos tienen un riesgo de 2,6 veces superior de presentar cáncer de cuello uterino que las nulíparas y las mujeres con 7 ó más partos tienen un riesgo de 3,8 veces mayor.

Hemos estudiado la influencia de la gravidez y la paridad en el grado de lesión cervical:

Encontramos relación estadísticamente significativa entre el número de gestaciones y el grado de lesión cervical (ANOVA: $p < 0,048$), de modo que a mayor número de embarazos el grado de lesión cervical es mayor.

También hemos hallado relación estadísticamente significativa entre el número de partos y el grado de lesión cervical (ANOVA: $p < 0,001$), a medida que aumenta el número de partos el grado de lesión cervical es mayor.

CONCLUSIONES

El presente estudio de investigación se orienta al análisis técnico de las causas y consecuencias de las relaciones sexuales y el consumo de estupefacientes, entre ellos el consumo del tabaco. Además en el capítulo de los resultados se muestra, cómo se afronta esta enfermedad en el Hospital Nacional Dos de Mayo, el mismo que se logró con las persistentes visitas, entrevistando a los médicos, enfermeros, pacientes y público en general. En virtud a este esfuerzo desplegado por la investigadora es que se ha llegado a la siguiente conclusión:

1ro. Conclusión Técnica

1. La infección persistente por VPH es causa determinante para el desarrollo del cáncer de cérvix y sus lesiones precursoras. En nuestros análisis se encontró que el 96,4% el test de ADN-VPH fue positivo.
2. Los VPH 16 y 18 son responsables del 70% de los casos de cáncer de cuello uterino a nivel mundial. Los VPH-ARs identificados en nuestra serie fueron, por orden de frecuencia: 16, 18, 33, 45, 31,56. En el 100% de los carcinomas de cérvix de la nuestra serie, se detectó infección por el VPH 16, en el 30% de estos asociado al VPH 18.
3. La importancia clínica de la coinfección en la etiología del cáncer de cérvix es causa de extenso debate. La evidencia más reciente apunta a que los genotipos que coinfectan el cérvix actúan de forma independiente

en el desarrollo de las lesiones cervicales. En el 35.1% de los casos del estudio se identificó infección multigenómica por VPHs-AR. Si la infección por VPH-AR no se resuelve, se inicia un proceso de oncogénesis, que induce lesiones escamosas intraepiteliales (CIN) y a largo plazo la aparición de carcinoma invasor de cuello de útero. La edad media de las pacientes sometidas a conización cervical fue de 37 años. La edad media de las pacientes con diagnóstico de CIN 1 fue 34 a 67 años, la de las pacientes con CIN 2-3 fue 36 a 97 años y la de las pacientes con carcinoma invasor de cérvix 43 a 60 años. La infección persistente por VPH es una causa determinante, pero no suficiente en el proceso de cáncer. La génesis del cuello uterino, por tanto, son necesarios cofactores que actúen junto al virus tales como: Aproximadamente el 80% de las pacientes con diagnóstico histológico de CI-3 o carcinoma de cérvix, iniciaron sus relaciones sexuales entre los 16 y los 20 años.

El 52,1% de las pacientes eran fumadoras. El porcentaje de mujeres fumadoras es mayor en los casos con diagnóstico de CIN 2-3 y carcinoma de cérvix.

El 34,2 % de las mujeres utilizaban anticoncepción hormonal.

El número de partos aumenta a medida que se agrava la lesión histológica. En los casos con diagnóstico de carcinoma de cérvix el número de partos es más del doble que en los de CIN 2-3.

El 3,6% de las pacientes se encontraba en un estado de inmunodepresión. En los casos de carcinoma invasor de cérvix porcentaje de pacientes inmunodeprimidas fue del 10%.

En el análisis histológico de los conos encontramos un 1,7% de conizaciones “en blanco“, un 86,5% de CIN 2-3 y un 9% de carcinomas de cérvix. La afectación de los márgenes exo y endocervicales del cono, fueron del 12,6% y del 15,3%, respectivamente. Cuanto mayor fue el grado de lesión histológica mayor fue la frecuencia de márgenes afectados. La determinación del ADN-VPV a los 6 meses del tratamiento ofrece una alta sensibilidad para la detección de la enfermedad residual, según el informe aproximado de los especialistas. El test de ADN-VPV se realizó en el 73% tras la conización. El 55% de los casos fueron negativos. En los casos en los que se demostró persistencia del VPV el más frecuente fue el VPV 16 con una tasa aproximada del 11.4% (según informe).

2do. Conclusión en la parte Administrativa En el capítulo de los resultados se puede apreciar el comportamiento del personal profesional y administrativo y también de los pacientes, la forma como se enfrenta esta enfermedad, lo que lo resumimos de la manera siguiente:

a) Procesada la información estadística se concluye que el VPV genera un valor $Z(k-s) = 0,947$, el mismo que tiene como valor $P = 0,000 > 0,05$; asimismo a los Pacientes de Oncología un $Z(z-s) = 1.193$, el cual tiene como valor $P = 0,000 > 0,05$; resultados que indican que las variables efecto del comportamiento de la muestra responden al tratamiento paramétrico, que en caso de investigaciones que contienen hipótesis, pueden conducir a su prueba, pero como en este estudio no hay (hipótesis), esta característica simplemente quedan indicado.

b) En el cuadro No.9 se observa el comportamiento de la variable Factores Asociados al VPH (V1) medido en niveles de atención a los pacientes, considerándose desde lo deficiente, poco eficiente y eficiente, encontrándose en el servicio deficiente solamente el 1.05%, en el servicio poco eficiente el 35.63% y en eficiencia el 63.52%, resultados que indican que se están afrontando eficientemente el problema desde un nosocomio público.

c) Con respecto a la Variable Pacientes de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Dos de Mayo, se han considerado los siguientes indicadores: Inicio, Tratamiento, Superados y empeorados, obteniéndose como resultado solamente el 3.5% para pacientes que no se logra controlar sus situaciones; sin embargo el grueso de esta población lo encontramos en aquellos que están en tratamiento continuo con un 63.2%; el 19.29% indica que han logra superar en gran forma la enfermedad; y el 14.01% que están iniciando sus tratamientos.

d) En lo que respecta a la relación de ambas variables, es decir, los Factores Asociados al VPH y los Pacientes de Ginecología Oncológica, considerando los mismos indicadores en ambos casos, se observa que el tratamiento con Eficiencia representa al 35.85%, haciendo un total de los tres niveles de servicio el 63.2%. De estos totales el 19.29% corresponden a los pacientes superados y solamente el 3.5% a los pacientes que razones diversas sus situaciones se complicaron, pero esta % en eficiencia está registrando el 0% (ver cuadro 11).

e) Relacionando la variable Pacientes de Ginecología Oncológica (V2) con la dimensión, la Función Biopsia, indican que la deficiencia total en el servicio de los cuatro indicadores solamente registra el 3.5%, sin embargo la eficiencia en el mismo registra un total del 69.84%, destacando entre ellos a los pacientes en tratamiento con el 42.15% y en los que han superado en gran medida la enfermedad el 14.38%. Todo esto indica que se está afrontando la situación de esta enfermedad, lo que en la parte profesional se ha manifestado como de fuerte preocupación.

f) Confrontando la variable 2, con la segunda dimensión: signos y Síntomas del Virus, se pudo arribar al siguiente resultado: un 37.54% corresponde al servicios con poco esmero en su atención, destacando entre ellos el 11.93 a pacientes iniciales, el 17.19% en tratamiento, el 3.16% a los que de alguna forma han supera el mal y un 5.26% a los que no se logró satisfacerlos. El servicio eficiente registra el 62.46%, resaltan en este valor el 28.07% para los que se encuentran en tratamiento y el 5.61% para los superados. Todos estos valores se pudo determinar a través de las encuestas realizadas en el nosocomio.

g) En lo referente a las relaciones e influencia de la Variable Dependiente o sea los pacientes de Ginecología Oncológica y los indicadores Signos y Síntomas del Virus, se observa que los resultados son resaltantes solamente en los indicadores de la Demanda de inicio de los pacientes y el tratamiento; donde en un inicio el trato es deficiente con 5.61% y el tratamiento en éstos es del 4.21%, lo que indica que todos no son tratados de acuerdo con lo investigado.

En el nivel poco eficiente el 14.39% de los principiantes son analizados con poca eficiencia; y el 20.7% de los que están en tratamiento son realizados con poca eficiencia. Sin embargo en el nivel de eficiencia los que llegan con Signos y Síntomas del Virus, el 23.86% de los principiantes son tratados con eficiencia, pero el 31.23% de los que están en tratamiento de la enfermedad son eficientemente tratados.

Todas estas conclusiones, es decir la primera y la segunda parte resumen el trabajo de investigación realizado; como se puede ver se ha trabajado en dos partes: La primera está orientado al trabajo profesional que los especialistas y los pacientes de del VPH han cumplido un rol importante; y en la segunda parte se hace un análisis, cómo el Hospital Dos de Mayo siendo una institución pública afronta este terrible mal.

RECOMENDACIONES

- 1.- En cuanto al primer objetivo que se determinó que el nivel de información sobre el Virus de Papiloma Humano (VPH) antes descrito, es invaluable en lo referente a la salud pública que se derivó de este estudio.
- 2.- Con respecto a los objetivos del presente estudio, se recomienda diseñar una campaña informativa-educativa, en la cual se utilicen todos los medios de comunicación posible y disponible para ello.
- 3.- La elaboración de suplementos, boletines, dípticos, trípticos, carteleras, micros radiales, creación de blogs y/o websites, una emisora online con transmisiones en espacio públicos internos dentro del recinto del Hospital Dos de Mayo, simposios, charlas, conversatorios, poster o carteles, etc. Todo ellos dirigido a incrementar el nivel de información a la comunidad y al personal asistencial de todas las cohortes y especialidades.
- 4.- Del mismo modo se sugiere que además de prestarle todo el apoyo posible a la campaña educativa-informativa, también se le dé al Hospital los mecanismos necesarios para la promoción, difusión y divulgación de información sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y por ende el VPH por ende se involucre al personal directivo, académico, administrativo, de mantenimiento, a los colectivos gremiales, culturales de la ciudad de Lima.
- 5.- Dar a conocer el Programa del VPH y aplicarlo en el Nosocomio cuantas veces sea necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorenzon Laura, Terrenato Irene, Donà María Gabriella. Prevalence of HPV infection among clinically healthy Italian males and genotype concordance between stable sexual partners USA: Journal of Clinical Virology; 2014.
2. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. [Online].: http://www.who.int/immunization/hpv/learn/comprehensive_cervical_cancer_who_2013.pdf?ua=1; 2013. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/immunization/hpv/learn/comprehensive_cervical_cancer_who_2013.pdf?ua=1"
http://www.who.int/immunization/hpv/learn/comprehensive_cervical_cancer_who_2013.pdf?ua=1 .
3. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjose S, Castellsagué S, Shah K, Snijders P. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. [Online].; 2003. Available from: HYPERLINK "http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa021641"
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa021641> .
4. Hernández-Girón C, Smith JS, Lorincz A, Arreola-Cháidez E, Lazcano E. Prevalencia de infección por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en embarazadas del IMSS en el estado de Morelos. [Online].; 2005. Available from: HYPERLINK "http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2005/476_prevalencia%20de%20inf

eccion.pdf"

http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2005/476_prevalencia%20de%20infeccion.pdf .

5. León Cruz, Grettel; Bosques Diego, Omar de Jesus. Instituto nacional de oncología y radiobiología. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. [Online].; 2005. Available from: HYPERLINK "http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin10105.pdf" http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin10105.pdf .
6. Olga L. Rincón, BSc; Luis René Pareja, M.D; Sergio Jaramillo, M.D. Virus del Papiloma Humano, respuesta inmune y cáncer cervical: una relación compleja. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. [Online].; 2007. Available from: HYPERLINK "http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol58No3_Julio_Septiembre2007/v58n3a06.pdf" http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol58No3_Julio_Septiembre2007/v58n3a06.pdf .
7. onzalo Perez, Eduardo Lazcano-Ponce, Mauricio Hernandez Avila. Safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) L1 virus-like-particle vaccine in Latin American women. [Online].; 2008. Available from: HYPERLINK "http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.23260/pdf" <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.23260/pdf> .

8. Shew ML, Fortenberry JD. HPV infection in adolescents: natural history, complications, and indicators for viral typing: *Semin Pediatr Infect Dis*; 2005.
9. Núñez-Troconis J, Delgado M, González J, Mindiola R, Velásquez J. Prevalence and risk factors of human papillomavirus infection in asymptomatic women in a Venezuelan urban area: *Invest Clin.*; 2009.
10. Castellsagué X, Iftner T, Roura E, Vidart JA. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection of the cervix in Spain: the CLEOPATRE study Spain: *J Med Virol*; 2012.
11. Vinodhini K, Shanmughapriya S, Das BC, Natarajaseenivasan K. Prevalence and risk factors of HPV infection among women from various provinces of the world USA: *Arch Gynecol Obstet.*; 2012.
12. Valderrama C, María, Campos, Francisco E., Cárcamo, César P. Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima Lima: *Rev Peru Med Exp Salud Pública*; 2007.
13. Badano Inés, Pedrozo René W, Ruíz Díaz Laura S. Human papillomavirus (HPV) detection and Papanicolaou cytology in low-resource women in Posadas's city, Misiones, Argentina Argentina: *Rev. Argent. microbiol*; 2011.
14. Salfa MC, Bocci C, Lillo F, Regine V, Brunini S. Genital human papillomavirus (HPV) infection in women in the province of Asti (Italy)

Italy: Ig Sanita Pubbl.; 2011.

15. Liu SS, Chan KY, Leung RC, Chan KK. Prevalence and risk factors of Human Papillomavirus (HPV) infection in southern Chinese women - a population-based study China: PLoS One; 2011.
16. Fernandes JV, Meissner Rde V, de Carvalho MG. Prevalence of HPV infection by cervical cytologic status in Brazil Brazil: Int J Gynaecol Obstet.; 2009.
17. Zoraya de Guglielmo Cróquer, Maira Ávila Hernández, María Correnti. Evaluación, mediante RCP, de la infección por el virus de papiloma humano en muestras de pacientes con diagnóstico clínico o citológico. [Online].; 2008. Available from: HYPERLINK "http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v68n4/art06.pdf" <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v68n4/art06.pdf> .
18. Erick De la Cruz-Hernández, Alejandro García-Carranca, Alejandro. Differential splicing of E6 within human papillomavirus type 18 variants and functional consequences. [Online].; 2005. Available from: HYPERLINK "http://vir.sgmjournals.org/content/86/9/2459.full.pdf" <http://vir.sgmjournals.org/content/86/9/2459.full.pdf> .
19. Baseman Janet, Koutsky Laura. The epidemiology of human papillomavirus infections USA: Journal of Clinical Virology; 2005.
20. Suzanne M Garland, Julia ML Brotherton, John R Condon. Human papillomavirus prevalence among indigenous and non-indigenous

Australian women prior to a national HPV vaccination program.

[Online].; 2011. Available from: HYPERLINK

"<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182900/pdf/1741-7015-9-104.pdf>"

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182900/pdf/1741-7015-9-104.pdf> .

ANEXOS I

Fichas de Recolección de información

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS				
N° de H.C.:				
Código:				
Fecha:				
Edad: _____ (años)				
Lugar de procedencia				
Grado de instrucción	Primaria ()			
	Secundaria ()			
	Técnica ()			
	Superior ()			
Signos y síntomas	Verrugas genitales ()			
	Sangrado vaginal ()			
	Secreción acuosa ()			
	Dolor pélvico ()			
	Dispaurenia ()			
	Asintomático ()			
Consumo de tabaco	Si ()			
	No ()			
Antecedentes de ETS	Si ()			
	No ()			
Edad de IRS	12 -17 ()	18 -29 ()	30 -59 ()	>60 ()

Número de parejas sexuales	0 ()	1 ()	2 ()	>2 ()	
Uso de MAC	Si ()		No ()		
Uso de condón	Si ()		No ()		
Pareja sexual actual	Si ()		No ()		
Gestaciones	0 ()	1-3 ()	4-6 ()	>7 ()	
Prueba de PAP	Negativa para malignidad. ()	Atipia citológica de significado o incierto. ()	Lesión intraepitelial de bajo grado. ()	Lesión intraepitelial de alto grado. ()	Carcinoma invasor ()
Colposcopia	Test de Schiller	Positivo			
		Negativo			
	IVAA	Positivo			
		Negativo			
Biopsia	Lesión de bajo grado	VPH ()	Displasia leve ()		

	Lesión de alto grado	Displasia moderada ()	Displasia severa ()	Carcinoma in situ ()
--	----------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

Documento de consentimiento informado

D./Dña _____ de _____ años de edad y con DNI nº _____, manifiesto que he sido informado/a a mi entera satisfacción sobre el planteamiento y objeto del estudio sobre “INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN VARONES PAREJA DE MUJERES INFECTADAS Y CONCORDANCIA DEL TIPO VIRAL”.

Se me ha explicado que se me harán unas preguntas sobre aspectos personales, se me hará un reconocimiento general de los genitales, que incluirá prueba del ácido acético, y se me tomarán muestras de epitelio del área genital con una torunda a fin de detectar la presencia de DNA del virus del papiloma humano. Todos estos procedimientos son indoloros y carecen de efectos secundarios significativos. Se llevarán a cabo en varias ocasiones.

He sido informado además de que todo el estudio será hecho en condiciones que garanticen la confidencialidad de los datos obtenidos, ya sea durante las entrevistas ver-bales como los que se deriven de las exploraciones y pruebas practicadas. Los datos serán incluidos en un fichero que estará sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en el estudio sobre “INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA

HUMANO EN VA-RONES PAREJA DE MUJERES INFECTADAS Y
CONCORDANCIA DEL TIPO VIRAL”.

Huacho, a _____ de _____ de _____.

Fdo. D/Dña _____

ANEXO II: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS ADMINISTRATIVOS

NÚMERO DE REGISTRO

FECHA DE INCORPORACIÓN: _____

Datos de filiación del paciente:

·Nombre:

·Edad: _____

·Teléfono: _____

Datos de su pareja:

·Nombre:

·Edad: _____

·NHC: _____

·Tipos de VPH aislados:

·Fecha de estudio en ginecología: _____

·Patología detectada:

Resultados del estudio:

·Primera visita: _____

·Segunda visita: _____

·Tercera visita: _____

ANEXO III: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS CONFIDENCIALES

NÚMERO DE REGISTRO

VISITA NÚMERO

FECHA: _____

FECHA ESTIMADA DE PRÓXIMA VISITA:

Datos del paciente:

·¿Padece alguna enfermedad importante? Sí No

¿Cuál? _____

No

·¿Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual? Sí No

¿Cuál?

·¿Es usted fumador? Sí No

·¿Cuánto tiempo lleva con su actual pareja?

·¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales con ella?

·¿Utiliza siempre preservativo? Sí No

·¿Cuándo tuvo relaciones sexuales con su pareja por última vez?

·Antes de que su pareja fuese a la consulta de ginecología, ¿cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con ella?

·¿Tiene o ha tenido en algún momento relaciones sexuales con alguna persona fuera de su relación de pareja? Sí No

¿Cuánto tiempo hace desde la última vez?

¿Con qué frecuencia? _____

¿Con cuántas personas distintas de su pareja habitual ha tenido relaciones sexuales? _____

¿Ha utilizado siempre preservativos? Sí No

· Antes de la pareja que tiene ahora, ¿tuvo otra pareja? Sí No

¿Hace cuánto tiempo?

¿Cuándo tuvo relaciones sexuales con ella por última vez?

¿Cuántas parejas ha tenido a lo largo de su vida?

¿Utilizó siempre preservativos con sus otras parejas? Sí No

· ¿Alguna vez ha tenido relaciones homosexuales?

Sí

No

¿Hace cuánto tiempo? _____

¿Cuándo fue la última vez? _____

¿Usó preservativos? Sí No

Datos de la pareja:

· ¿Su pareja tiene alguna

enfermedad?

Sí

No

¿Cuál? _____

· ¿Su pareja ha tenido alguna enfermedad de transmisión

No

sexual? Sí

¿Cuál?

·¿Su pareja fuma? Sí No

·¿Su pareja toma la píldora anticonceptiva? Sí No

·Antes de estar con usted, ¿su pareja tuvo otra pareja? Sí No

¿Cuánto tiempo hace? _____

¿Cuántas parejas ha tenido su pareja a lo largo de su vida? _____

·¿Sabe usted si, estando ya con usted, su pareja ha tenido relaciones sexuales con otras personas? Sí No

¿Cuánto tiempo hace? _____

¿Con qué frecuencia? _____

Exploración física:

Lesiones sugerentes de infección por VPH a la inspección

Lesiones sugerentes de infección por VPH con ácido acético

MATRIZ DE CONSISTENCIA: FACTORES ASOCIADOS DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO EN EL AÑO 2013

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>Problema</p> <p>General</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados del virus del papiloma humano en pacientes del consultorio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2013.</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar los factores asociados al virus del papiloma humano (VPH) en pacientes del consultorio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2013.</p>	<p>.</p> <p>Determinar los factores asociados del virus del papiloma humano en pacientes del consultorio de ginecología oncológica del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2013.</p>	<p>VARIABLES de estudio</p> <p>Las variables analizadas han recogidas de las historias clínicas de las pacientes depositadas en el Servicio de Documentación Clínica del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2013.</p>	<p>Tipo de estudio</p> <p>Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo</p> <p>Población</p> <p>El número de población a estudiar fue dada por la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Dos de Mayo, la cual está constituida por 1107 pacientes con VPH atendidas por consultorio externo del servicio de ginecología oncológica del HN Dos de</p>

<p>oncológica del Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2013?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuáles son los síntomas y efectos del virus del papiloma humano (VPH) observado en</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar los síntomas y efectos del virus del papiloma humano (VPH) observado en los pacientes de los consultorios de Ginecología Oncológica del Hospital Dos de Mayo en el año 2013</p> <p>Determinar los</p>		<p>Variable Intervinientes:</p> <p>Variables independientes (V1), llamado también variable causa, que comprende los Factores asociados al VPH</p> <p>Variables Dependientes (V2), llamado también variable efecto, constituido por las pacientes de</p>	<p>Mayo en el año 2013.</p> <p>Muestra</p> <p>Unidad de análisis: Historia Clínica de las Pacientes del HN Dos de Mayo con PAP positivo para el VPH en el año 2013.</p> <p>Unidad de información: Ficha de recolección de datos.</p> <p>Procedimiento detallado del estudio</p> <p>En el presente estudio, se describirán los factores asociados del virus de papiloma humano en pacientes del consultorio de ginecología oncológica</p>
--	---	--	--	--

<p>los pacientes de Ginecología Oncológica del Hospital de Dos de Mayo en el año 2013 ? ¿Cuáles son los resultados de los exámenes del diagnóstico del virus del papiloma humano (VPH) observado en</p>	<p>resultados de los exámenes de los diagnósticos del virus del papiloma humano (VPH) observado en los pacientes de los consultorios de Ginecología Oncológica del Hospital Dos de Mayo en el año 2013. Determinar los efectos del comportamiento sexual del virus del</p>		Ginecología Oncológica	<p>en el Hospital Dos de Mayo en el año 2013. Las variables consideradas en el estudio serán trasladadas a la ficha de recolección previamente diseñadas. Los datos de las variables serán procesados con el programa estadístico SPSS versión 20.0 y representados en cuadros y gráficos para un fácil entendimiento con el fin de cumplir todos los objetivos propuestos. Procedimientos Estadísticos Se realizarán análisis descriptivos según la naturaleza de las variables</p>
---	--	--	------------------------	---

<p>los pacientes de los consultorios de ginecología oncológica del Hospital Dos de Mayo en el año 2013?</p> <p>¿Cuáles son los efectos del comportamiento sexual observados en los pacientes</p>	<p>papiloma humano (VPH) en pacientes de Ginecología Oncológica del Hospital Dos de Mayo en el año 2013 .</p>			<p>definidas que se representarán de acuerdo a frecuencia, porcentajes, promedios y desviaciones estándar.</p> <p>Se construirán tablas simples y de doble entrada, gráficas circulares y de barras con la intención de mostrar los resultados obtenidos.</p> <p>El programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20 será utilizado para el procesamiento de los datos.</p>
--	---	--	--	---

de Ginecología Oncológica del Hospital Dos de Mayo en el año 2013?				
--	--	--	--	--