



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA**

**ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN  
DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO  
ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015**

**PRESENTADA POR**

**ANTONELLA AJALCRIÑA MARIACA**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**LIMA – PERÚ**

**2016**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DEL  
SAGRADO CORAZÓN  
SAN MARTÍN DE PORRÉS

FACULTAD DE  
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN  
DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO  
ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015**

**Tesis**

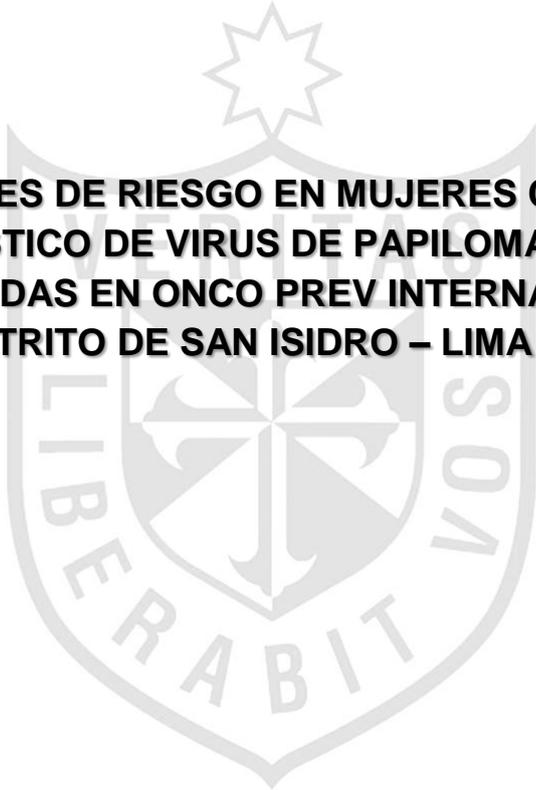
**Para optar el Título de Licenciada en Obstetricia**

**Presentado por:**

**Bachiller Obst. ANTONELLA AJALCRIÑA MARIACA**

**LIMA - PERÚ**

**2016**



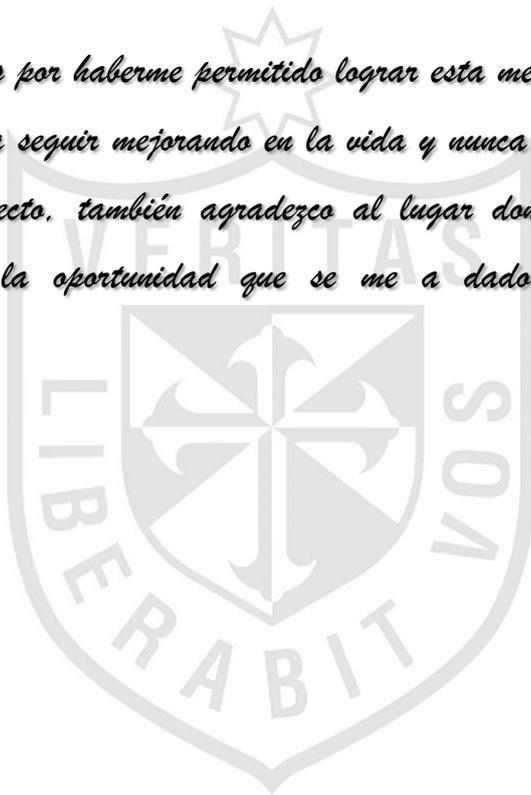
**FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN  
DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO  
ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015**

# Dedicatoria

*Dedico esta investigación a toda mi familia en especial a mis padres, a mis hermanas (os) y a una persona muy especial porque han sido un gran incentivo para seguir adelante, agradezco porque depositaron su confianza en mí, brindándome su apoyo incondicional día a día para lograr los objetivos y metas que me planteé al ingresar a la universidad; y sobre todo a esta noble Institución de Educación Superior que me supo acoger, enseñándome valores éticos y morales; así como los conocimientos básicos, específicos, prácticos y científicos de mi profesión para ser una persona justa, equitativa, en todos mis actos que me van a servir para toda mi vida profesional.*

## *Agradecimientos*

*Doy gracias a Dios por haberme permitido lograr esta meta, por darme mucha fé y esperanza para seguir mejorando en la vida y nunca rendirme, guiándome por el camino correcto, también agradezco al lugar donde laboro Onco Feu Internacional por la oportunidad que se me a dado para realizar esta investigación.*



# ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>ÍNDICE</b>	
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	
<b>ABREVIATURAS</b>	
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>7</b>
2.1 Diseño metodológico	<b>8</b>
2.2 Población y Muestra	<b>8</b>
2.3 Criterios de selección	<b>9</b>
2.4 Operacionalización de variables	<b>11</b>
2.5 Técnica de recolección de datos	<b>12</b>
2.6 Técnica para el procesamiento de la información	<b>13</b>
2.7 Aspectos éticos	<b>13</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>14</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>53</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>66</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Nombre</b>	<b>PPágina</b>
<b>TABLA 1a</b>	Resultados positivos de prueba de VPH por medio del método de PCR en Onco Prev Internacional.	<b>1</b> <b>5</b>
<b>TABLA 1b</b>	Resultados de citología líquida en mujeres con y sin Dx de VPH atendidas en Onco Prev Internacional.	<b>1</b> <b>6</b>
<b>TABLA 2a</b>	Factores personales en mujeres atendidas en Onco Prev Internacional: <u>Edad</u>	<b>1</b> <b>8</b>
<b>TABLA 2b</b>	Factores personales en mujeres atendidas en Onco Prev Internacional: <u>Estado Conyugal</u>	<b>2</b> <b>0</b>
<b>TABLA 3a</b>	Factores sexuales en mujeres atendidas en Onco Prev Internacional: <u>Edad de Inicio de Relaciones Sexuales</u>	<b>2</b> <b>2</b>
<b>TABLA 3b</b>	Factores sexuales en mujeres atendidas en Onco Prev Internacional: <u>N° de Parejas Sexuales</u>	<b>2</b> <b>4</b>
<b>TABLA 4a</b>	Factores reproductivos en mujeres atendidas en Onco Prev Internacional: <u>Menarquia</u>	<b>2</b> <b>6</b>
<b>TABLA 4b</b>	Factores reproductivos en mujeres Atendidas en Onco Prev Internacional: <u>N° de Partos (Vía Vaginal)</u>	<b>2</b> <b>8</b>
<b>TABLA 4c</b>	Factores reproductivos en mujeres atendidas en Onco Prev Internacional: <u>Métodos Anticonceptivos</u>	<b>3</b> <b>0</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico</b>	<b>Nombre</b>	<b>Página</b>
<b>GRÁFICO 1a</b>	Resultados positivos de prueba de VPH por medio del método de PCR.	<b>15</b>
<b>GRÁFICO 1b</b>	Resultados de citología líquida en mujeres con y sin Dx de VPH atendidas en Onco Prev Internacional.	<b>17</b>
<b>GRÁFICO 2a</b>	Factores personales en mujeres atendidas en OncoPrev Internacional: <u>Edad</u>	<b>19</b>
<b>GRÁFICO 2b</b>	Factores personales en mujeres atendidas en Onco Prev Internacional: <u>Estado Conyugal</u>	<b>21</b>
<b>GRÁFICO 3a</b>	Factores sexuales en mujeres atendidas en Onco Prev Internacional: <u>Edad de inicio de relaciones sexuales</u>	<b>23</b>
<b>GRÁFICO 3b</b>	Factores sexuales en mujeres atendidas en Onco Prev Internacional: <u>Nº de Parejas Sexuales</u>	<b>25</b>
<b>GRÁFICO 4a</b>	Factores reproductivos en mujeres atendidas en Onco Prev Internacional: <u>Menarquia</u>	<b>27</b>
<b>GRÁFICO 4b</b>	Factores reproductivos en mujeres Atendidas en Onco Prev Internacional: <u>Nº de Partos (Vía Vaginal)</u>	<b>29</b>
<b>GRÁFICO 4c</b>	Factores reproductivos en mujeres atendidas en Onco Prev Internacional: <u>Métodos Anticonceptivos</u>	<b>31</b>

## LISTADO DE ABREVIATURA

**ADN** : Acido Desoxi- Ribonucleico

**ASC-US** : Anormalidad de células escamosas de significado no determinado

**CACU**: Cáncer Cevicouterino

**FDA** : Food and Drug Administration. (Agencia de Alimentos y Medicamentos o Agencia de Drogas y Alimentos)

**IC** : Intervalo de Confianza

**LIE** : Lesión Intraepitelial Escamosa

**LIEAG** : Lesión intraepitelial escamosa de alto grado.

**LIEBG** : Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.

**NIC** : Neoplasia Intaepitelial Cevical

**OMS** : Organización Mundial de la Salud

**OR** : Odds Ratio

**VPH** : Virus de Papiloma Humano

**PCR** : Reacción en cadena polimerasa

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo en mujeres con y sin diagnóstico de virus de papiloma humano atendidas en Onco Prev Internacional, del distrito de San Isidro - Lima, durante el periodo de enero a julio del 2015.

**Metodología:** Estudio epidemiológico, de casos y controles, transversal, retrospectivo. La población lo constituyeron 150 mujeres entre 18 y 59 años y la muestra fueron 60 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

**Resultados:** Prevalció el tipo de VPH 16 con 60%. En los dos grupos, tanto con diagnóstico de VPH y sin diagnóstico de VPH, se encontró como factores asociados de riesgo los siguientes: la citología líquida ASC-US 40% y 10% [ $\chi^2=5.88$   $p=0.0153$  OR=6 IC=1.25-28.74]; LIE Bajo 30% y 4% [ $\chi^2=7.37$   $p=0.0066$  OR= 28.42 IC=2.49-324.71]; LIE Alto 30% y 4% [ $\chi^2=7.37$   $p=0.0066$  OR= 28.42 IC=2.49 - 324.71]. **Personales:** edad entre los 18 a 29 con 60% y 24% [ $\chi^2 =5.14$   $p=0.0233$  OR= 4.75 IC=1.15 - 19.69], el estado conyugal no unida 70% y 30% [ $\chi^2=5.74$   $p=0.0166$  OR= 5.44 IC=1.24-23.96]. **Sexuales:** edad entre los 15 y 17 años de inicio de relaciones sexuales con 80% y 38% [ $\chi^2=5.94$   $p=0.0148$  OR=6.53 IC=1.25-34.03], N° de parejas sexuales con 60% y 90% [ $\chi^2=13.91$   $p=0.0002$  OR=0.0741 IC=0.0155-0.355.03]. **Reproductivos:** tener entre 1 a 3 partos 20% y 70%, [ $\chi^2=8.81$   $p=0.0030$  OR=0.011 IC=0.02 - 0.57]; y, tener entre 1 a más parejas sexuales con 60% y 10% [ $\chi^2 =7.84$   $p=0.0051$  OR= 0.0741 IC=0.0155-0.355]; uso de anticonceptivos hormonales 80% y 26% [ $\chi^2=7.84$   $p=0.0051$  OR=0.0741 IC=0.0155-0.3550]; y, como factores protectores de riesgo, el uso de anticonceptivos no hormonales 10% y 70% [ $\chi^2 =12.50$   $p=0.0004$  OR= 0.0476 IC=0.0055 - 0.4098].

**Conclusiones:** Se acepta la hipótesis alterna que expresa existen algunos factores personales, sexuales y reproductivos que están asociados al riesgo de contraer VPH en mujeres entre 18 - 59 años.

**Palabras clave:** Virus de papiloma humano, factores asociados

## ABSTRACT

**Objective:** To determine risk factors in women with and without a diagnosis of human papillomavirus Prevalence served in Onco International, the district of San Isidro - Lima, during the period from January to July 2015.

**Methodology:** Epidemiological study, case-control, cross-sectional, retrospective. The population was constituted by 150 women between 18 and 59 and the sample were 60 women who met the criteria for inclusion and exclusion.

**Results:** The prevailing HPV type 16 to 60%. In both groups, both diagnosed with HPV and without a diagnosis of HPV, was found as factors associated risk as follows: cytology liquid ASC-US 40% and 10% [ $\chi^2=5.88$   $p=0.0153$  OR=6 CI= 1.25 -28.74]; LIE Under 30% and 4% [ $\chi^2=7.37$   $p=0.0066$  OR=28.42 CI=2.49-324.71]; LIE Alto 30% and 4% [ $\chi^2=7.37$   $p=0.0066$  OR=28.42 CI=2.49 - 324.71]. **Personal:** age from 18 to 29 with 60% and 24% [ $\chi^2=5.14$   $p=0.0233$  OR=4.75 CI=1.15 - 19.69], the unbound marital status 70% and 30% [ $\chi^2=5.74$   $p=0.0166$  OR=5.44 CI=1.24-23.96].

**Sex:** age between 15 and 17 years of first sexual intercourse with 80% and 38% [ $\chi^2=5.94$   $p=0.0148$  OR=6.53 CI=1.25-34.03]. No. of sexual partners with 60% and 90% [ $\chi^2 = 13.91$   $p = 0.0002$  OR = 0.0741 CI = 0.0155-0.355.03].

**Reproductive:** take between one to three deliveries 20% and 70%, [ $\chi^2 = 8.81$   $p = 0.0030$  OR = 0.011 CI = 0.02 to 0.57]; and, having from 1 to more sexual partners with 60% and 10% [ $\chi^2 = 7.84$   $p = 0.0051$  OR = 0.0741 CI = 0.0155 to 0.355]; use of hormonal contraceptives 80% and 26% [ $\chi^2 = 7.84$   $p = 0.0051$  OR = 0.0741 CI = 0.0155 to 0.355]; and as protective risk factors, the use of non-hormonal contraceptives 10% and 70% [ $\chi^2 = 12.50$   $p = 0.0004$  OR = 0.0476 CI = 0.0055 to 0.4098].

**Conclusions:** - 59 years there are alternative hypothesis that expresses some personal, sexual and reproductive factors that are associated with the risk of HPV in women 18 accepted.

**Keywords:** Human Papilloma Virus, associated factors



## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es uno de los más importantes problemas de salud en el mundo, es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres a nivel mundial.<sup>1</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer de cuello uterino (CCU) es la segunda causa de muerte en el mundo. En Latinoamérica es el más frecuente y en el Perú es la principal causa de muerte femenina.<sup>2</sup>

La infección por virus del papiloma humano de las células del epitelio cérvico uterino es considerada, en términos biológicos, como una enfermedad de transmisión sexual a través del contacto con el epitelio ano genital infectado, poco después de iniciada la relación sexual. El número de parejas sexuales, no es más que el reflejo de la probabilidad de exposición del virus del papiloma humano y demás agentes infecciosos, así la vida sexual incrementa la frecuencia del padecimiento de forma importante, sobre todo en aquellas mujeres que la inician antes de los 16 años de edad<sup>3</sup>.

El cáncer del cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer, y prácticamente todos los casos están relacionados con la infección genital por virus de papiloma humano (VPH). Según la Universidad De Antioquia, Medellín, Colombia en el 2010 cerca del 80% de los casos y una proporción aún mayor de las muertes por esta causa son registrados en países de bajos ingresos, donde prácticamente no hay acceso a la detección y tratamiento de esta enfermedad.<sup>3</sup>

El virus del papiloma humano (VPH) es el causante de diversos cánceres del sistema genitourinario y se han convertido en una fuente significativa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo <sup>4</sup>.

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor de riesgo para la aparición del cáncer del cuello uterino. Entre los más comunes que representan al grupo de bajo riesgo se incluyen los tipos VPH-6 y VPH-11 que usualmente causan verrugas benignas y que ocasionalmente, se asocian con lesiones no invasivas; mientras que los tipos VPH-16 y VPH-18 corresponden con los de “alto riesgo” por su gran potencial carcinogénico. VPH-16 es el tipo que aparece, fundamentalmente en los tumores invasivos y en los de alto grado de malignidad; VPH-18 se relaciona con el carcinoma pobremente diferenciado y con mayor compromiso de los ganglios linfáticos. No obstante, no todas las mujeres con infección por VPH padecerán cáncer.<sup>5</sup>

La Organización Panamericana de la Salud. Colombia. **Bogotá, D.C., 24 de agosto de 2012**, menciona según datos epidemiológicos y virológicos, que VPH causa 100% de los casos de Cáncer de Cuello Uterino, 90% de los casos de cáncer anal, 40% de los cáncer de órganos genitales externos (vulva, vagina y pene) y al menos 12% de los orofaríngeos. La infección previa por el VPH es una condición necesaria para el desarrollo de cáncer cérvico uterino<sup>6</sup>.

Algunos VPH, como los que causan las verrugas comunes que crecen en las manos y pies, no se transmiten fácilmente. Sin embargo, más de 40 tipos de VPH se transmiten sexualmente, y estos VPH se transmiten con mucha

facilidad por medio de contacto genital. Algunos tipos de VPH que se transmiten sexualmente causan cáncer cervical y otros tipos de cáncer. Estos se dicen VPH de alto riesgo, oncogénicos o carcinogénicos. Otros tipos de VPH que se transmiten sexualmente parecen no causar cáncer y se llaman VPH de bajo riesgo <sup>7</sup>.

En el estudio del cáncer de cuello uterino realizado por la International Agency for Research on Cancer (IARC) en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 2011, se detectó ADN de VPH en 93 % de los casos estudiados; este virus es responsable de 80 % de los casos de cáncer anal y 60 % de los casos de cáncer de vulva, vagina y pene. Cabe aclarar que la IARC clasifica al VPH como causa necesaria pero no suficiente de cáncer de cuello uterino y pertenece al grupo 1 de carcinogénesis, en el que existen pruebas suficientes que confirman que puede causar cáncer en los humanos<sup>8</sup>.

Se acepta actualmente que la persistencia de la infección por VPH es esencial para el desarrollo de lesiones cervicales pre-malignas y cáncer. Se entiende como persistente una infección por VPH cuando es posible detectar el mismo tipo viral en dos o más ocasiones en un periodo de tiempo determinado. No existe consenso sobre cuál debe ser la duración de este periodo, y hay quienes entienden que se requieren al menos de 6 a 12 meses y otros prolongan hasta dos años. Esta es, sin embargo, una estimación aproximada que no tiene en cuenta que las infecciones por tipos de alto riesgo suelen ser más persistentes <sup>9</sup>.

Según el Instituto Nacional de Cáncer existen varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino, tener muchas parejas sexuales, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, tener varios hijos, entre otros existen el consumo de tabaco, sistema inmunitario debilitado y antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino. Estos factores de riesgo han sido relacionados por igual con las lesiones invasivas y pre invasivas del cuello uterino.<sup>10</sup>

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores de riesgo en mujeres con y sin diagnóstico de virus de papiloma humano atendidas en Onco Prev Internacional, del distrito de San Isidro – Lima, durante el periodo de enero a julio del 2015?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo en mujeres con y sin diagnóstico de virus de papiloma humano atendidas en Onco Prev Internacional, del distrito de San Isidro – Lima, durante el periodo de enero a julio del 2015.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

Identificar el tipo de VPH y resultados diagnosticado mediante la prueba del método de PCR en mujeres de 18 a 59 años de edad atendidas en Onco Prev Internacional.

Identificar los factores personales en mujeres de 18 a 59 años de edad atendidas en Onco Prev Internacional.

Identificar los factores sexuales en mujeres de 18 a 59 años de edad atendidas en Onco Prev Internacional.

Identificar los factores reproductivos en mujeres de 18 a 59 años de edad atendidas en Onco Prev Internacional.

#### **1.4 HIPÓTESIS**

Ha. Existen algunos factores de riesgo personales, sexuales y reproductivos que se asocian significativamente en mujeres con y sin diagnóstico de virus de papiloma humano atendidas en Onco Prev Internacional, del distrito de San Isidro – Lima, enero a julio del 2015.

Ho. No existen factores de riesgo personales, sexuales y reproductivos que se asocian significativamente en mujeres con y sin diagnóstico de virus de papiloma humano atendidas en Onco Prev Internacional, del distrito de San Isidro – Lima, enero a julio del 2015.



# MATERIAL Y MÉTODO

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **2.1. DISEÑO METODOLÓGICO**

La presente investigación fue epidemiológica, de casos y controles transversal, retrospectivo.

### **2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **2.2.1 Población**

La población lo constituyeron 150 mujeres entre los 18 y 59 años de edad promedio atendidas, dato referido por la Unidad de Administración y Estadística de Onco Prev Internacional, entre los meses de enero a julio del 2015.

#### **2.2.2 Muestra**

La muestra lo constituyeron todas las mujeres que fueron atendidas en Onco Prev Internacional en el tiempo de estudio con la solicitud de despistaje de VPH (Virus de papiloma humano), y que como resultado presentaron diagnóstico de VPH (Virus de papiloma humano) positivo 10 mujeres (Casos = CON Dx VPH) y resultado PVH (Virus de papiloma humano) negativo 50

mujeres (Controles = SIN Dx VPH). Fueron en total 60 mujeres participantes en el estudio.

### **2.2.3 Tipo de Muestreo**

Para el desarrollo de esta investigación se usó el muestreo probabilístico simple aleatorio.

## **2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **2.3.1 Criterios de inclusión (grupo caso)**

Mujeres con diagnóstico de Virus de Papiloma Humano de 18 a 59 años de edad.

Mujeres con diagnóstico de Virus de Papiloma Humano con una o más parejas sexuales.

Mujeres con diagnóstico de Virus de Papiloma Humano con uno o más partos (vía vaginal).

### **2.3.2 Criterios de exclusión (grupo caso)**

Mujeres con diagnóstico de Virus de Papiloma Humano que fueron atendidas en Onco Prev Internacional por otros motivos diferentes a la prueba de Virus de Papiloma Humano.

### **2.3.3 Criterios de inclusión (grupo control)**

Mujeres sin diagnóstico de Virus de Papiloma Humano de 18 a 59 años de edad.

Mujeres sin diagnóstico de Virus de Papiloma Humano con una o más parejas sexuales.

Mujeres sin diagnóstico de Virus de Papiloma Humano con uno o más partos (vía vaginal).

### **2.3.4 Criterios de exclusión (grupo control)**

Mujeres sin diagnóstico de Virus de Papiloma Humano que fueron atendidas en Onco Prev Internacional por otros motivos diferentes a la prueba de Virus de Papiloma Humano

## **2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

### **2.4.1 Variables**

**Variable Independiente** : Factores de riesgos

**Variable Dependiente** : Diagnóstico del Virus de Papiloma Humano

## 2.4.2 Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
<b>Variable Dependiente: DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO</b>				
<b>Diagnóstico del Virus de Papiloma Humano</b>	Tipo de VPH por PCR	VPH 16 VPH 18 ALTO RIESGO	Nominal	Historia Clínica Cuestionario
	Resultado Citología Líquida	NORMAL ASC-US LIE BAJO LIE ALTO	Nominal	Historia Clínica Cuestionario
<b>Variable Independiente: FACTORES DE RIESGOS</b>				
<b>FACTORES PERSONALES</b>	Edad	18 a 29 años 30 a 59 años	Intervalo	Historia Clínica Cuestionario
	Estado Conyugal	No Unida Unida	Ordinal	Historia Clínica Cuestionario
<b>FACTORES SEXUALES</b>	Inicio de relaciones sexuales	15 a 17 años 18 a 20 años	Intervalo	Historia Clínica Cuestionario
	Número de parejas sexuales	1 pareja 2 a más parejas	Ordinal	Historia Clínica Cuestionario
<b>FACTORES REPRODUCTIVOS</b>	Menarquia	10 a 13 años 14 a 17 años	Intervalo	Historia Clínica Cuestionario
	Número de	1 a 3 partos 4 a más partos	Intervalo	Historia Clínica Cuestionario

	Partos (Vía Vaginal)			
	Métodos Anticonceptivos	Hormonales No Hormonales	Nominal	Historia Clínica Cuestionario

## 2.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se coordinó con las autoridades de Onco Prev Internacional del distrito de San Isidro, para autorizar el recojo de datos. El horario establecido fue en la mañana, 8:30 a 13:00 horas, de lunes a viernes, en el área de archivos de historias clínica, hasta completar la información requerida.

La muestra se recolectó directamente de las historias clínicas de la siguiente manera:

Se revisó las historias clínicas de las usuarias.

Aquellos resultados positivos es decir VPH (+) para el grupo de las pacientes con diagnóstico de VPH (+), (10 pacientes).

Las historias clínicas con resultados negativos es decir VPH (-) para el grupo sin diagnóstico de VPH (-), (50 pacientes).

Asimismo se tuvo en cuenta que cumplieron con los criterios de selección.

Para la recolección de datos se utilizó un formato elaborado a partir de la historia validada por FDA, que se utiliza en la institución en estudio, el cual constó de las siguientes partes:

Resultado positivos de la prueba de VPH por medio del método de PCR y resultados de citología líquida.

Factores personales.

Factores sexuales.

Factores reproductivos.

## **2.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Una vez recolectados los datos a través de las historias se procedieron al ordenamiento y tabulación, se ingresó los datos a MS Excel y luego al programa estadístico SPSS versión 21, para realizar análisis estadístico porcentual y de frecuencia. Posteriormente se realizaron gráficos de barras que nos permitió tener una visión panorámica de los resultados.

## **2.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Una vez obtenida la autorización de los funcionarios de la institución, se procedió a recolectar la información necesaria. En todo momento se tomó en consideración la confidencialidad de los datos requeridos en el instrumento por ser de uso exclusivo en la investigación.



# RESULTADOS

FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE  
PAPILOMA HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

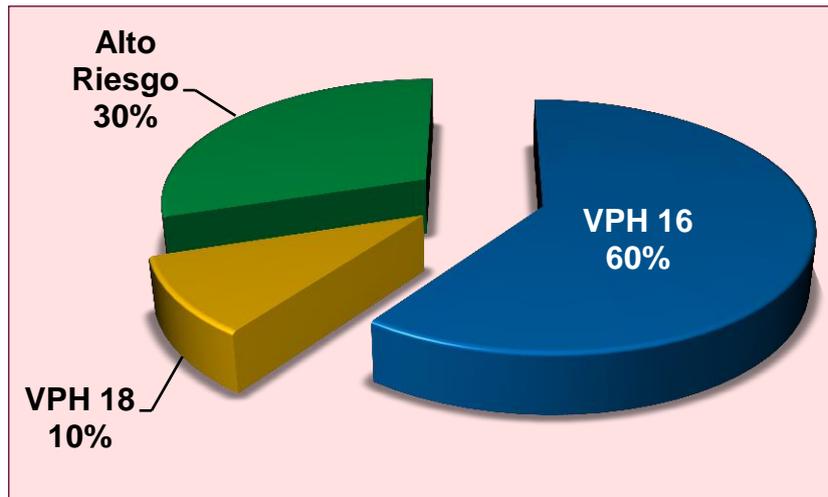
**TABLA 1a**  
**RESULTADOS POSITIVOS DE PRUEBA DE VPH POR MEDIO DEL**  
**MÉTODO DE PCR EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV**  
**INTERNACIONAL.**

TIPO DE VPH	CON Dx VPH	
	N°	%
VPH 16	6	60.0
VPH 18	1	10.0
Alto Riesgo	3	30.0
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>

(\*)  $\chi^2 = 3.84$  gl= 1

En la tabla se observa que el tipo de virus VPH que prevaleció fue VPH 16 con 60%.

**GRÁFICO 1a**  
**RESULTADOS POSITIVOS DE PRUEBA DE VPH POR MEDIO DEL**  
**MÉTODO DE PCR EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV**  
**INTERNACIONAL**



FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

**TABLA 1b**  
**RESULTADOS DE CITOLOGÍA LÍQUIDA EN MUJERES CON Y SIN Dx DE VPH ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL.**

RESULTADOS DE CITOLOGÍA LÍQUIDAS EN MUJERES CON DX DE VPH	CON Dx VPH (PCR + Citología Líquida)		SIN Dx VPH (PCR+ Citología Líquida)		TOTAL		chi <sup>2</sup>	p	OR	IC
	N°	%	N°	%	N°	%				
Normal	0	00.0	41	82.0	41	68.3	24.00	0.0000	0.029	0.007 - 0.121 (**)
ASC-US	4	40.0	5	10.0	9	15.0	5.88	0.0153	6.00	1.25 - 28.74
LIE Bajo	3	30.0	2	4.0	5	8.3	7.37	0.0066	28.42	2.49 - 324.71
LIE Alto	3	30.0	2	4.0	5	8.3	7.37	0.0066	28.42	2.49 - 324.71
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>	<b>Factor asociado a riesgo, estadísticamente significativo</b>			

(\*) chi<sup>2</sup> = 3.84 gl= 1

(\*\*) En vista que en una de las celdas hay un cero, se ha analizado el OR utilizando la hipótesis nula para proporcionar una estimación

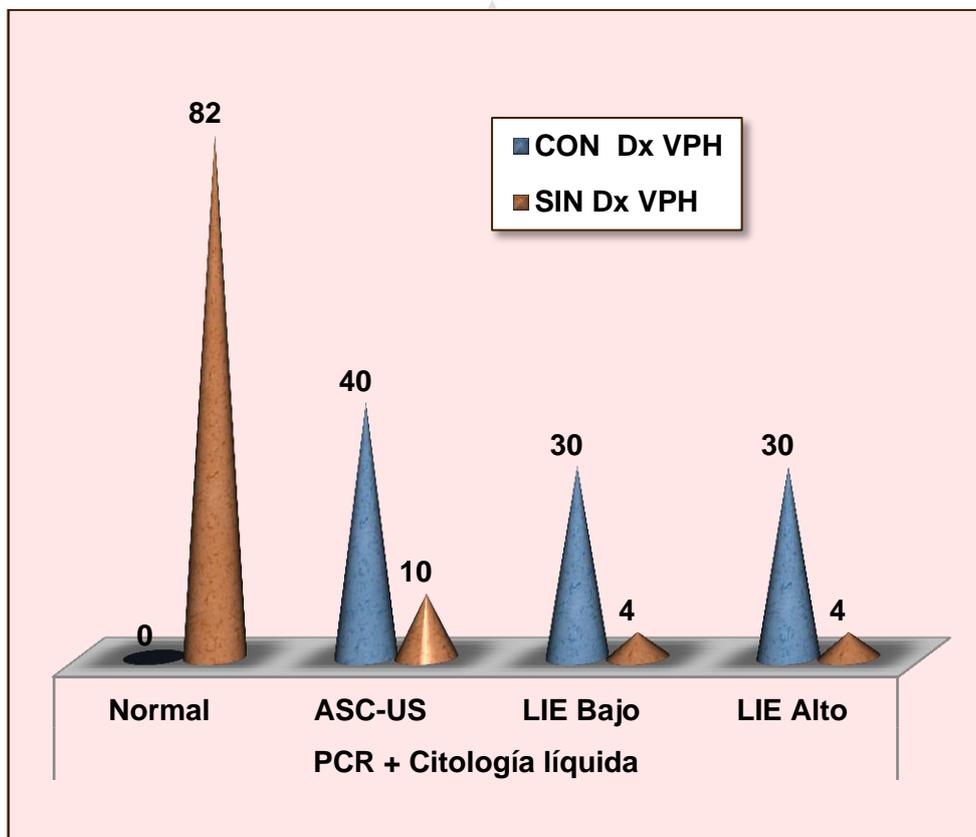
VPH = para 16, 18 y Alto riesgo

En la tabla se observa que en el grupo de mujeres con Dx VPH el resultado citológico que predominó fue ASC-US con 40%, mientras que en el grupo de mujeres sin Dx VPH el resultado citológico que predominó fue Normal con 82%.

FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

GRÁFICO 1b

RESULTADOS DE CITOLOGÍA LÍQUIDA EN MUJERES CON Y SIN Dx DE VPH ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL



FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

**TABLA 2a**  
**FACTORES PERSONALES EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL: Edad**

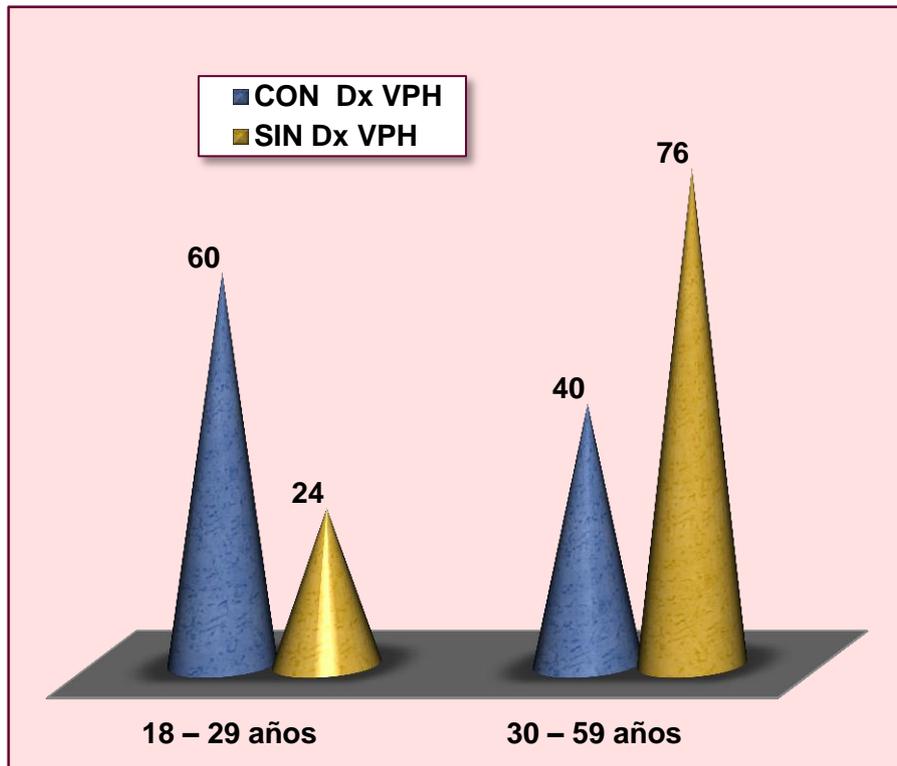
EDAD	CON Dx VPH		SIN Dx VPH		TOTAL		chi <sup>2</sup>	p	OR	IC
	N°	%	N°	%	N°	%				
18 – 29 años	6	60.0	12	24.0	18	30.0	5.14	0.0233	4.75	1.15 - 19.69
30 – 59 años	4	40.0	38	76.0	42	70.0				
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>	<b>Factor asociado a riesgo, estadísticamente significativo</b>			

(\*) chi<sup>2</sup> = 3.84      gl= 1

En la tabla se observa que en el grupo de mujeres con Dx VPH la edad que prevaleció fue entre los 18 a 29 años con 60%, mientras que en el grupo de mujeres sin Dx VPH fue entre los 30 a 59 años con 76%.

FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA  
HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

GRÁFICO 2a  
FACTORES PERSONALES EN MUJERES ATENDIDAS EN  
ONCO PREV INTERNACIONAL: Edad



FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

**TABLA 2b**  
**FACTORES PERSONALES EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL: Estado Conyugal**

ESTADO CONYUGAL	CON Dx VPH		SIN Dx VPH		TOTAL		chi <sup>2</sup>	P	OR	IC
	N°	%	N°	%	N°	%				
<b>No Unida</b>	<b>7</b>	<b>70.0</b>	15	30.0	22	36.7	<b>5.74</b>	<b>0.0166</b>	<b>5.44</b>	<b>1.24 - 23.96</b>
<b>Unida</b>	3	30.0	<b>35</b>	<b>70.0</b>	38	63.3				
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>				

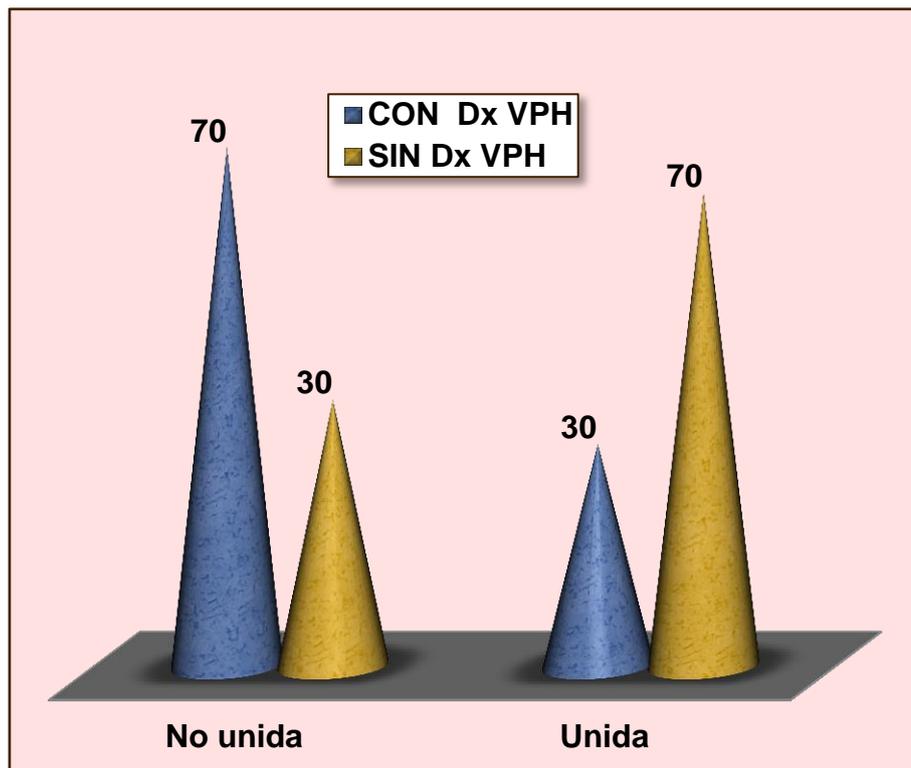
**Factor asociado a riesgo, estadísticamente significativo**  
 $\alpha=0.05^{(*)}$

<sup>(\*)</sup> chi<sup>2</sup> = 3.84    gl= 1

En la tabla se observa que en el grupo de mujeres con Dx VPH el estado conyugal que predominó es No Unida con 70%, mientras que en el grupo de mujeres sin Dx VPH el estado conyugal que predominó es Unida con 70%.

FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

GRÁFICO 2b  
FACTORES PERSONALES EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL: Estado Conyugal



FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

**TABLA 3a**  
**FACTORES SEXUALES EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL:**  
**Edad de Inicio de Relaciones Sexuales**

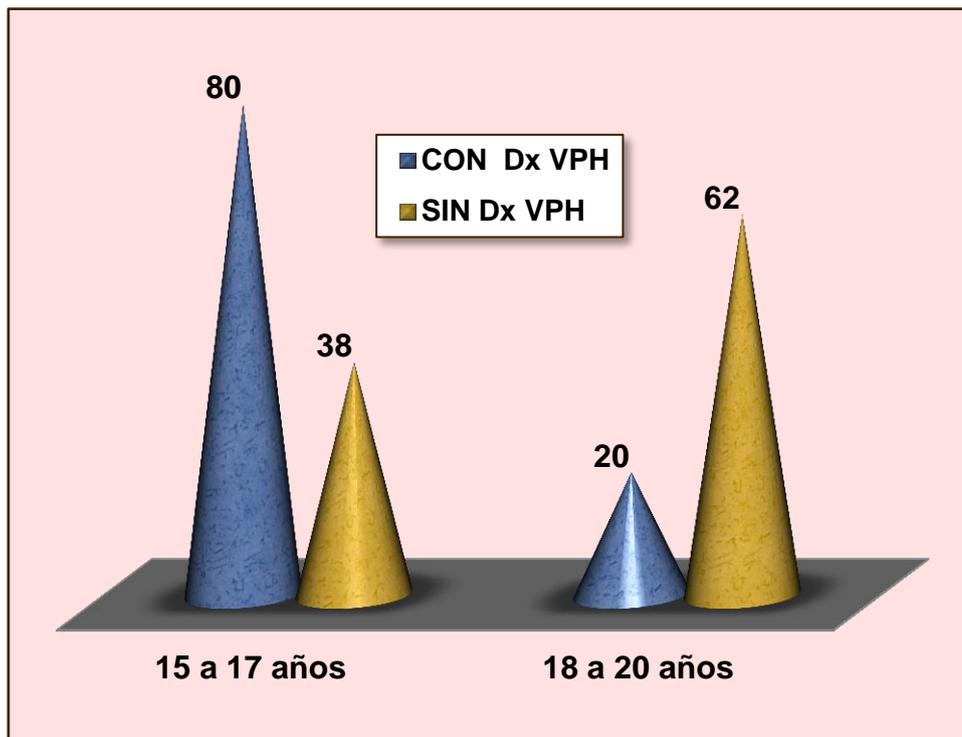
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	CON Dx VPH		SIN Dx VPH		TOTAL		chi <sup>2</sup>	P	OR	IC
	N°	%	N°	%	N°	%				
15 a 17 años	8	80.0	19	38.0	27	45.0	5.94	0.0148	6.53	1.25 - 34.03
18 a 20 años	2	20	31	62.0	33	55.0				
<b>Total</b>	10	100	50	100.0	60	100.0	<b>Factor asociado a riesgo, estadísticamente significativo</b>			

(\*) chi<sup>2</sup> = 3.84      gl= 1

En la tabla se observa que en el grupo de mujeres con Dx VPH la edad de inicio de relaciones sexuales que predominó fue entre los 15 y 17 años con 80%, mientras que en el grupo de mujeres sin Dx VPH la edad de inicio de relaciones sexuales que predominó fue entre los 18 y 20 años con 62%.

FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA  
HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

**GRÁFICO 3a**  
**FACTORES SEXUALES EN MUJERES ATENDIDAS EN**  
**ONCO PREV INTERNACIONAL: Edad de Inicio de Relaciones Sexuales**



FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

**TABLA 3b**  
**FACTORES SEXUALES EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL:**  
**N° de Parejas Sexuales**

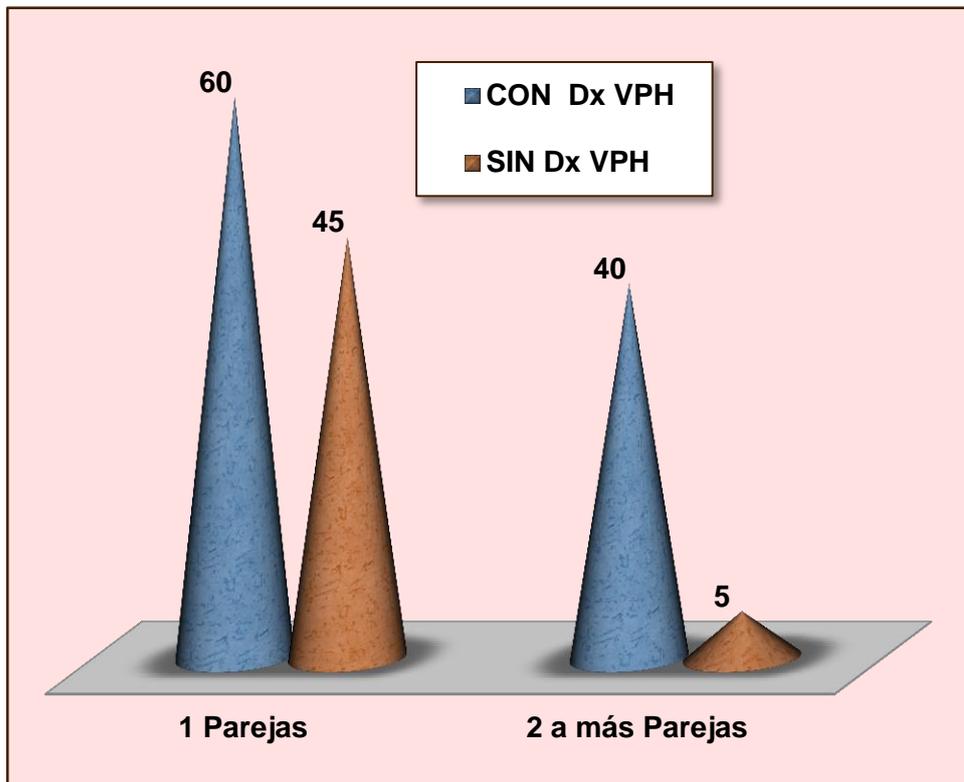
N° DE PAREJAS SEXUALES	CON Dx VPH		SIN Dx VPH		TOTAL		chi <sup>2</sup>	p	OR	IC
	N°	%	N°	%	N°	%				
1 Pareja	6	60.0	45	90.0	51	85.0	13.91	0.0002	0.0741	0.0155 - 0.355
2 a más Parejas	4	40.0	5	10.0	9	15.0				
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>	<b>Factor asociado de protección al riesgo, estadísticamente significativo</b>			

(\*) chi<sup>2</sup> = 3.84    gl= 1

En la tabla se observa que en el grupo de mujeres con Dx VPH el número de parejas sexuales que prevaleció con 60% fue de 1 pareja, al igual que en el grupo de mujeres sin Dx VPH el número de parejas sexuales que prevaleció con 90% fué de 1 pareja.

FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA  
HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

GRÁFICO 3b  
FACTORES SEXUALES EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV  
INTERNACIONAL: N° de Parejas Sexuales



FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

**TABLA 4a**  
**FACTORES REPRODUCTIVOS EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL: Menarquia**

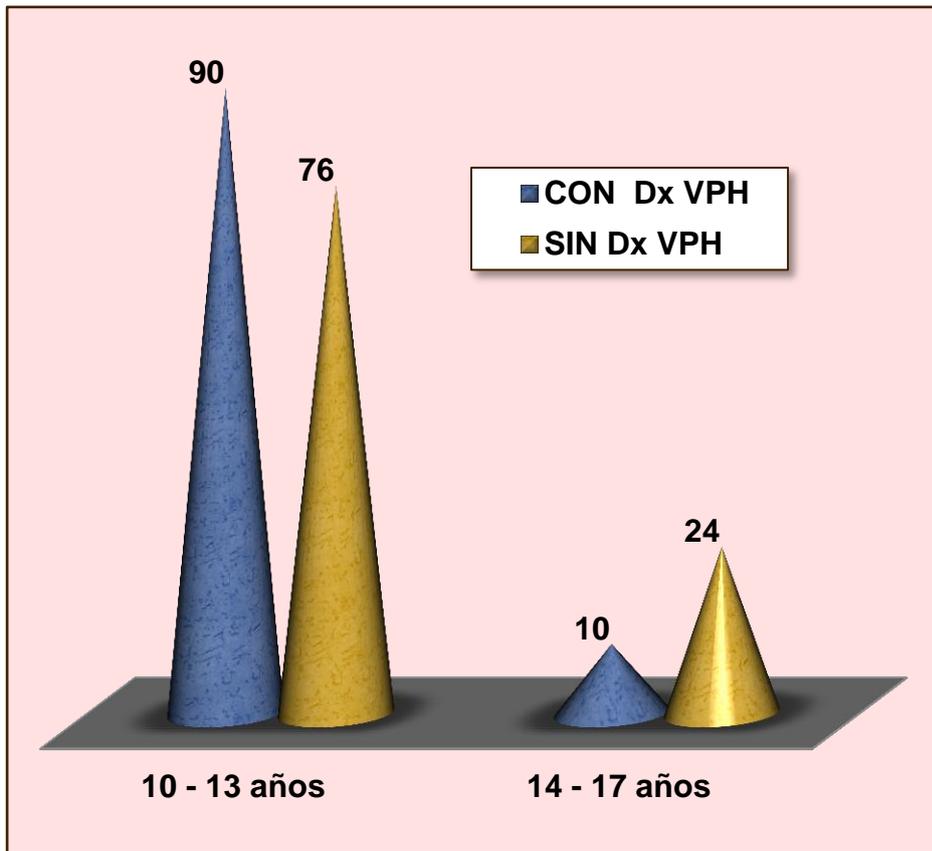
MENARQUIA	CON Dx VPH		SIN Dx VPH		TOTAL		chi <sup>2</sup>	p	OR	IC
	N°	%	N°	%	N°	%				
10 - 13 años	9	90.0	38	76.0	47	78.3	3.00	0.0833	2.2504	0.2504 - 11.5353
14 - 17 años	1	10.0	12	24.0	13	21.7				
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>	<b>Factor no asociado sin significancia estadística</b>			

(\*) chi<sup>2</sup> = 3.84      gl= 1

En la tabla se observa que en el grupo de mujeres con Dx VPH la menarquia predominó entre las edades de 10 a 13 años con 90%, al igual que en el grupo de mujeres sin Dx VPH la menarquia también predominó entre las edades de 10 a 13 años con 76%.

FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO  
ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

GRÁFICO 4a  
FACTORES REPRODUCTIVOS EN MUJERES ATENDIDAS EN  
ONCO PREV INTERNACIONAL: Menarquia



FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

**TABLA 4b**  
**FACTORES REPRODUCTIVOS EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL: N° de Partos (Vía Vaginal)**

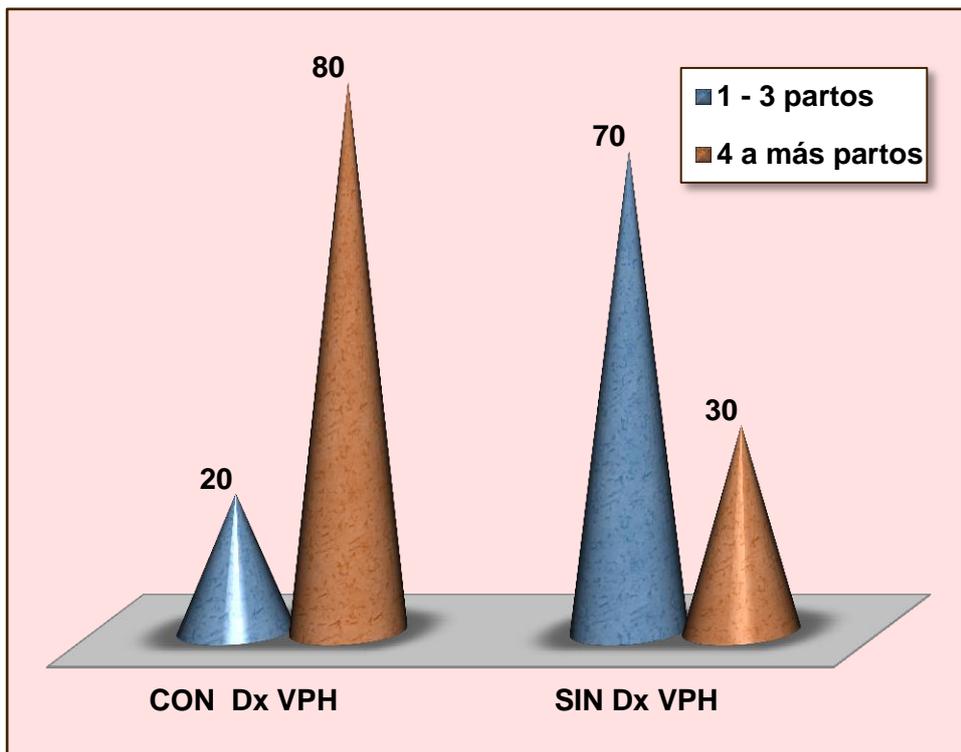
N° DE PARTOS (VÍA VAGINAL)	CON Dx VPH		SIN Dx VPH		TOTAL		chi <sup>2</sup>	p	OR	IC
	N°	%	N°	%	N°	%				
1 - 3 partos	2	20.0	35	70.0	37	61.7	8.81	0.0030	0.11	0.02- 0.57
4 a más partos	8	80.0	15	30.0	23	38.3				
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>	<b>Factor asociado de protección al riesgo, estadísticamente significativo</b>			

(\*) chi<sup>2</sup> = 3.84    gl= 1

En la tabla se observa que en el grupo de mujeres con Dx VPH el número de partos que prevaleció con 80% fué entre 4 a más, mientras que en el grupo de mujeres sin Dx VPH el número de partos que prevaleció fue entre 1 a 3 con 70 %.

FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO  
ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

GRÁFICO 4b  
FACTORES REPRODUCTIVOS EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV  
INTERNACIONAL: N° de Partos (Vía Vaginal)



FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

**TABLA 4c**  
**FACTORES REPRODUCTIVOS EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL: Métodos Anticonceptivos**

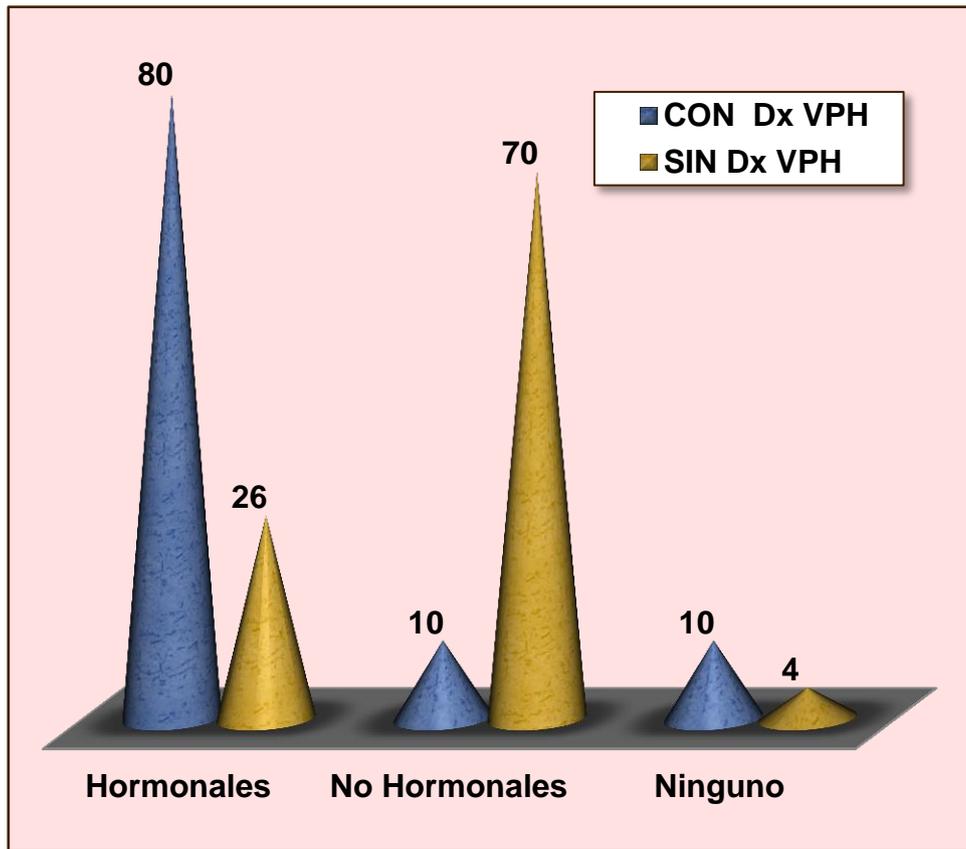
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	CON Dx VPH		SIN Dx VPH		TOTAL		chi <sup>2</sup>	p	OR	IC	Significancia
	N°	%	N°	%	N°	%					
Hormonales	8	80.0	13	26.0	21	35.0	10.68	0.0011	11.3846	2.1358 – 60.6841	<i>Factor asociado a riesgo</i>
No Hormonales	1	10.0	35	70.0	36	60.00	12.50	0.0004	0.0476	0.0055 – 0.4098	<i>Factor asociado a protección de riesgo</i>
Ninguno	1	10.0	2	4.0	3	5.0	0.04	0.8345	2.6667	0.2181 – 32.6125	<i>Factor no asociado</i>
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>					

(\*) chi<sup>2</sup> = 3.84    gl= 1

En la tabla se observa que en el grupo de mujeres con Dx VPH el uso de métodos anticonceptivos hormonales prevaleció con 80%, mientras que en el grupo de mujeres sin Dx VPH el uso de métodos no hormonales prevaleció con 70%.

FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

GRÁFICO 4c  
FACTORES REPRODUCTIVOS EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL: Métodos Anticonceptivos



# DISCUSIÓN



## DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica en un artículo que los virus papiloma humanos (VPH) son la causa de la infección vírica más común del tracto reproductivo. La mayoría de las mujeres y los hombres sexualmente activos contraerán la infección en algún momento de su vida y algunas personas pueden tener infecciones recurrentes. El contacto directo con la piel de la zona genital es un modo de transmisión reconocido. Hay muchos tipos de virus de papiloma humano (VPH) y una gran mayoría de ellos no causa problemas. Por lo general, las infecciones por virus de papiloma humano (VPH) suelen desaparecer sin ninguna intervención, unos meses después de haberse contraído, y alrededor del 90% de estas infecciones remite al cabo de dos años. Un pequeño porcentaje de las infecciones provocadas por determinados tipos de virus de papiloma humano (VPH) puede persistir y convertirse en cáncer. El cáncer de cuello uterino es, con mucho, la enfermedad más frecuente entre las relacionadas con los virus de papiloma humano (VPH). Casi todos los casos de cáncer de cuello uterino pueden atribuirse a una infección por virus de papiloma humano (VPH).<sup>11</sup>

**TABLA 1a. RESULTADOS POSITIVOS DE PRUEBA DE VPH POR MEDIO DEL MÉTODO DE PCR EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL**

***En los resultados del estudio que se presenta, el tipo de virus que prevaleció fue el VPH 16 con un 60%, seguido del Alto Riesgo con 30%.***

Rositch A, Koshiol J, Hudgens M, Razzaghi H, Backes D, Pimenta J, Franco E, Poole C, Smith J. <sup>12</sup> datos menores a nuestra investigación presenta este estudio, el 43,3% de las muestras presentaban VPH, en su mayoría de alto riesgo oncogénico. Probablemente el elevado porcentaje obtenido en este estudio se debió a que las muestras estudiadas pertenecían a pacientes bajo vigilancia por patología cervical previa. Sin embargo, estudios epidemiológicos han revelado que la infección por HR-HPV es muy común, particularmente en pacientes jóvenes.

En el estudio de Morelva Toro de Méndez, Antonio Ferrández Izquierdo <sup>13</sup>, el tipo viral más frecuente fue VPH 16 (31,3%) tanto en las citologías normales como en las anormales, coincidiendo con lo reportado en la amplia literatura mundial, seguida de otros tipos virales también de riesgo oncogénico como el VPH 66, 18, 31, 33 y 58. Datos menores a nuestra investigación fueron reportados en este estudio con un 31.3%. Además, VPH 16 fue hallado en todas las categorías citológicas, tanto en forma única como en co-infección, al igual que en otras regiones españolas.

En la investigación de Valdivia, Aguayo, Pruy et al <sup>14</sup>, el genotipo 18 ha sido encontrado hasta en 34,4% de las mujeres mientras que en nuestra investigación fue el genotipo 16 con un 60%.

Mazarico <sup>15</sup> en el año 2012, encontró entre los genotipos de VPH más frecuentes VPH 16 (31.2%), VPH 51 (8.9%), VPH 53 (8.3%), VPH 31 (7.3%) y

VPH 66 (6.7%). Datos menores a nuestra investigación fueron reportados en este estudio.

Verónica Patricia Coronel Daquilema <sup>16</sup>, presentó datos menores en su investigación a diferencia de nuestra investigación, en su estudio del total de pacientes que dieron diagnóstico positivo para VPH (80 pacientes) 48,75% presentaron infección por el genotipo 16, siendo el más frecuente; este tipo es el que se ha detectado se presenta con mayor frecuencia, también se debe a una distribución geográfica en nuestro medio el tipo 16 y 18 son los más prevalentes.

**TABLA 1b. RESULTADOS DE CITOLOGÍA LÍQUIDA EN MUJERES CON Y SIN Dx DE VPH ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL.**

La citología de base líquida es un método introducido y aprobado por la FDA en la década de los 90 como alternativa a la citología convencional, con la finalidad de mejorar el diagnóstico citológico de frotis cérvico vaginales debido a que homogeniza la muestra, elimina los agentes perturbadores y disminuye el tiempo de lectura de las mismas. <sup>17</sup>

La importancia de la utilización de este método citológico novedoso que sea eficaz es vital, sobre todo si supera la sensibilidad del método convencional de manera significativa, lo que llevaría a mejorar el porcentaje de diagnósticos en pacientes enfermas. Otro de los aspectos de importancia en la investigación es que las muestras tomadas con citología en base líquida son preservadas y pueden ser utilizadas posteriormente para determinación de serotipo de ácido desoxirribonucleico (ADN) de virus de papiloma humano (VPH) <sup>18</sup>.

La citología en base líquida es una prueba frecuentemente preferida por patólogos o citotecnólogos dado que la interpretación se ve facilitada por el extendido uniforme de las células epiteliales en una capa delgada y con una reducción del tiempo promedio de interpretación microscópica de 30 %. Además se pueden realizar investigaciones en el líquido remanente, tales como determinación de VPH de alto riesgo en pacientes con resultados alterados (dudosos), sin embargo, el método es más costoso en términos de inversión de capital y costes <sup>18</sup>.

***Se distinguió en el resultado citológico que en el grupo de mujeres con Dx VPH predominó el ASC-US con un 40%, mientras que en el grupo de mujeres sin Dx VPH fue Normal con un 82%. Al análisis, el ASC-US [ $\chi^2=5.88$   $p=0.0153$  OR=6.00 IC=1.25-28.74]; el LIE Bajo [ $\chi^2=7.37$   $p=0.0066$  OR=28.42 IC=2.49 - 324.71] y, el LIE Alto [ $\chi^2=7.37$   $p=0.0066$  OR=28.42 IC=2.49 - 324.71] se constituyeron en factores asociados a riesgo.***

Toro de Méndez y Fernández <sup>13</sup> en su estudio indica que los casos VPH positivo/p16INK4a positiva presentaron en su mayoría anomalías en células epiteliales: 12 LSIL (85,7%) y las 8 HSIL (100%); 4 (9%) casos NLIM/HPV positivo también mostraron expresión de la p16 INK4a. Resultados diferentes a los encontrados en nuestra investigación; sin embargo reportan significancia estadística.

Verónica Coronel <sup>16</sup>, datos menores a nuestra investigación presentó este estudio, la infección por VPH prevaleció con 76%; reporta que este resultado no se asoció estadísticamente con la presentación de VPH de alto riesgo.

Luz Maria Sanoja <sup>19</sup>, indica en su estudio que hasta la fecha, se han identificado más de 100 tipos de VPH. De ellos, alrededor de 40 tipos han sido identificados en la región ano genital. De acuerdo con el riesgo oncogénico se clasifican en: bajo riesgo (BR) los VPH 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y CP6108; alto riesgo (AR) los VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82; y los tipos 24, 56 y 66 deben considerarse como probables carcinógenos o probables alto riesgo (PAR) con significancia estadística >0,05. Esta investigadora informa en su estudio haber detectado un predominio de los tipos virales de bajo riesgo (73,4%), resultado que no es similar con lo informado por nosotros.

Mongelos, Paez y Rodríguez, et al. <sup>20</sup>, en el año 2010, en un estudio brasileño encontraron que un total del 28% (34/122) de mujeres tratadas por lesión escamosa intraepitelial positivas para VPH de alto riesgo; esta prevalencia en cambio dista mucho de la encontrada en nuestra población, porque a diferencia de nuestro estudio el resultado citológico que más predominó fue ASC-US seguido del LIE de bajo grado y LIE de alto grado, evidenciando la gran variabilidad de la distribución de los genotipos de alto riesgo.

Castle et al <sup>21</sup>, en California realizaron un despistaje con citología y detección de VPH de alto riesgo en casi un millón de mujeres mayores de 30 años, como resultados se obtuvo que lesión de alto grado (LAG), células escamosas atípicas que no excluyen LAG (H-SIL) y células glandulares atípicas (AGUS)

estuvieron más fuertemente asociadas con neoplasia intraepitelial de III grado (NIC III) mientras que células escamosas atípicas de significado no determinado e infección por VPH estaban asociadas con neoplasia intraepitelial cervical grado II (NIC II). Resultados significativos y similares a los nuestros tanto el ASC-US como las lesiones de bajo y alto grado están asociados con el VPH.

Para Arotoma et al<sup>22</sup>, las anomalías citológicas de mayor prevalencia en la población estudiada fueron: ASCUS, 1,6% (23) de mujeres, seguido de LEI-BG 1,3% (18), LEI-AG y VPH 0,8% (12); no refieren significancia estadística. Datos menores a nuestra investigación fueron reportados en este estudio.

En los resultados de Peláez<sup>23</sup>, datos menores a nuestra investigación fueron reportados en este estudio, los hallazgos de anomalías citológicas del cuello uterino identificadas prevaleció el ASCUS, ya que solo 3,1% de su muestra presentó dicha anomalía citológica ASCUS; 18,4% de mujeres tuvieron VPH, resultados significativos. Conocido es en la actualidad que este virus es considerado como causa primaria para el cáncer del cuello uterino, transmitido sexualmente como los del serotipo 16 y 18.

María Esther Luna Campos<sup>24</sup>, datos menores a nuestra investigación fueron reportados en este estudio, el 8% de pacientes presentaron dicha patología, es decir el ASCUS; en los hallazgos de Cabrera<sup>25</sup>, datos mayores a nuestra investigación fueron reportados en este estudio pues 64,8 % de las mujeres estuvieron expuestas al VPH, teniendo como resultados de su citología en mayor frecuencia al ASCUS; en su estudio estos resultados sí tienen significancia estadística.

Para Zambrano y González <sup>26</sup>, datos menores a nuestra investigación fueron reportados en este estudio, se encontró negativo para LIE o malignidad (alto riesgo) en 88.7%; para LIE de bajo riesgo con 6.8% y ASCUS 4.5%.

**TABLA 2. FACTORES PERSONALES EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL:**

La prevalencia de la infección por VPH está asociada a la edad. Generalmente, la prevalencia es más alta en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales y responde al patrón de comportamiento sexual de la población. Un primer pico de prevalencia va seguido de una disminución muy marcada, de modo que en las edades intermedias (30-40 años) la detección viral se estabiliza. Esta fracción representa el grupo de mujeres portadoras crónicas de la infección viral y del grupo de alto riesgo para la progresión neoplásica. En algunas poblaciones, se ha observado un segundo pico de prevalencia en las mujeres postmenopáusicas que podría reflejar la reactivación de una infección latente que hubiera pasado indetectable a lo largo de la vida y que se hace aparente en este momento asociada a la reducción fisiológica de la inmunidad natural en las mujeres de edad avanzada.<sup>9</sup>

***a. En el estudio, la edad que prevaleció en el grupo de mujeres con Dx VPH fue entre los 18 a 29 años con un 60%, constituyéndose en factor asociado a riesgo, estadísticamente significativo [ $\chi^2=5.14$   $p=0.0233$   $OR=4.75$   $IC=1.15 - 19.69$ ].***

Para Croquer, Rodríguez, Avila, et al <sup>27</sup>, datos menores a nuestra investigación fueron reportados en este estudio, la relación entre la edad y la prevalencia del VPH no sigue un patrón definido y parece variar alrededor del mundo en diferentes poblaciones. Muchos estudios han reportado que la mayor prevalencia se observa en mujeres menores de 25 años, disminuyendo progresiva y linealmente hasta alcanzar 5 % o menos después de los 55 años; esto pudiera explicarse por cambios en las prácticas sexuales con la edad, determinando una menor exposición de las mujeres al virus, o también por inmunidad adquirida en el tiempo a la infección por VPH. ( $p < 0.05$ )

Croquer, Rodríguez, Avila, et al <sup>27</sup>, describe un segundo pico en la prevalencia del VPH a partir de los 55 años de edad, explicando que cambios hormonales ocurridos después de la menopausia (principalmente la reducción significativa de la producción de la hormona estrógenos), el debilitamiento del sistema inmune y los cambios fisiológicos del cérvix (atrofias del epitelio) pudieran incrementar la susceptibilidad a la infección por el virus o activar infecciones latentes ( $p < 0.05$ ). Por otra parte, los cambios o migraciones en la ubicación de la zona de transformación cervical, donde se ubica el virus (la cual queda menos expuesta a medida que avanza la edad) influyen en la recolección de los tipos celulares durante una citología y en la capacidad de detección del virus, afectando la sensibilidad y los resultados obtenidos en algunos estudios.

Rodríguez, Pérez y Sarduy <sup>28</sup> en su estudio informan que en el grupo sin infección por VPH las mayores frecuencias se encontraron en las edades extremas, es decir, 29,7 % de ellas corresponden al grupo de 40 a 44 años y 29,1 % a aquellas entre 55 y 59 años. Mientras que en el grupo con infección

por VPH la edad más frecuente estuvo entre 45 y 49 años; no refieren la significancia estadística.

Asimismo, Eva María Sánchez <sup>29</sup>, en su estudio analizó la edad de las pacientes de su muestra y destacó el aumento de la frecuencia a partir de los 30 años. El 70% de las mujeres pertenecían al grupo de edad que comprende desde los 30 a los 50 años de edad. Así se apreció una disminución acusada de la misma a partir de los 50 años de edad ( $p < 0.05$ ). Los datos de este estudio no son similares a nuestra investigación.

También los hallazgos de Lazo y Aguilar <sup>30</sup>, indican que la edad media de las pacientes atendidas en su estudio fue de 42.6 años. Datos que no son similares a nuestra investigación.

Para Verónica Patricia Coronel Daquilema <sup>16</sup> la población de estudio tuvo media de edad de 37,65 años siendo el grupo de edad más frecuente el de 31-40 años con el 42,7% se debe a que es en estas edades donde más importancia cobra la detección de este tipo de virus para poder emprender tareas de prevención ante un resultado positivo; sin embargo resulta ser una media de edad elevada pues se debería realizar este tipo de examen a menor edad. A la evaluación estadística no se comportaron como factores de riesgo ( $p < 0.05$ ). Estos datos no son similares a nuestra investigación.

***b. Estado Conyugal. Se distinguió entre las pacientes que en el grupo de mujeres con Dx VPH el Estado Conyugal que predominó fue No Unida (conviviente, divorciada, soltera) con un 70%, constituyéndose en factor asociado a riesgo,***

**estadísticamente significativo [ $\chi^2=5.74$   $p=0.0166$   $OR=5.44$   
 $IC=1.24 - 23.96$ ].**

Verónica Coronel <sup>16</sup>, Datos mayores a nuestra investigación reportan, en su estudio estado conyugal no unida de 78.6% vs 21.4%, lo cual no tiene significancia estadística ( $p=0.813$ )

Virginia Van Kemenade <sup>31</sup>, encontró en su estudio que el 66% eran casadas o convivientes, es decir estaban en unión. Datos que no son similares a nuestra investigación.

Asimismo, Lazo y Aguilar <sup>20</sup>, reportan 50% de mujeres en unión, no reportan como factor de riesgo.

Goyes, Jaramillo y Moreira <sup>32</sup>, en cuanto al estado civil, observaron una mayor presencia de genotipos de alto riesgo en las mujeres que presentaban unión libre ( $p<0.05$ ).

Con relación al estado conyugal tanto en nuestra investigación como en la de los otros autores predomina el no unida a diferencia del estudio de Virginia que predominó el estado unida.

### **TABLA 3. FACTORES SEXUALES EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL**

El punto álgido en que hombres y mujeres contraen la infección es poco después del inicio de la vida sexual. Los VPH se transmiten por vía sexual, si bien no es necesario que haya una relación sexual con penetración para que se produzca la transmisión <sup>11</sup>.

Las características histológicas de la zona de transformación escamoso-cilíndrica en el exocérnix de las mujeres jóvenes, pueden explicar el mayor

riesgo de infección entre las mujeres que inician tempranamente la actividad sexual. La inmadurez cervical, las deficiencias de flujo cervical protector y la ectopia cervical aumentada pueden conducir a una mayor susceptibilidad para la adquisición de una infección por el VPH en mujeres adolescentes y adultas jóvenes.<sup>33</sup>

***a. Edad de Inicio de relaciones sexuales. En la tabla se observa que en el grupo de mujeres con Dx VPH la edad de inicio de relaciones sexuales que predominó fue entre los 15 y 17 años con un 80%, constituyéndose en factor asociado a riesgo, estadísticamente significativo [ $ch^2=5.94$   $p=0.0148$   $OR=6.53$   $IC=1.25- 34.03$ ].***

Rodríguez, Pérez y Sarduy<sup>28</sup> datos mayores a nuestra investigación fueron reportados en este estudio, comentan que la edad de inicio de las relaciones sexuales fue semejante en los dos grupos estudiados. Más del 85 % comenzó entre 15 y 17 años, por lo que no existió asociación entre esta variable y la infección por VPH en este estudio a diferencia del nuestro ( $p<0.05$ ).

Eva Sánchez<sup>29</sup>, analizando la edad media de edad del primer coito de su población estudiada encontró que la edad media fue a los 17 años, con un rango de 12 a 29 años; siendo que 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, y la edad más frecuente a los 16 años, no refiere como factor de riesgo.

Para Peláez Mendoza<sup>34</sup> la mayoría de los estudios nacionales e internacionales refieren una tendencia general hacia la precocidad sexual;

mientras más temprano se inician las relaciones, mayor es el riesgo a desarrollar cervicitis, enfermedades inflamatorias pélvicas e infecciones de transmisión sexual, incluyendo las causadas por el virus del papiloma humano (VPH) o de la inmunodeficiencia adquirida.

Resulta interesante lo mencionado por Rocha, Juárez, Ruiz, Ramírez, Gaytán y Contreras <sup>33</sup> quienes destacan el hecho de que la mayoría de las infecciones por VPH ocurren en las primeras relaciones sexuales, por lo que no es extraño encontrar una prevalencia elevada del virus en países subdesarrollados donde las mujeres inician su vida sexual en edades muy jóvenes ( $p < 0.05$ ).

En el estudio de Lazo y Aguilar <sup>30</sup> refieren que el 50% inició sus relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, no manifiestan significancia estadística. Este estudio reporta datos diferentes a nuestra investigación.

Verónica Coronel <sup>16</sup>, en su estudio asegura que la edad de inicio de vida sexual a los 19 años o en edades tempranas aumenta el riesgo de infección por VPH de alto riesgo en 2,6 veces (IC 95% 1,7-4,03) en comparación con pacientes con inicio de vida sexual a mayores edades.

Arotoma, Cayra, Arotoma, Ríos y Mendoza <sup>35</sup>, este estudio reporta datos menores a nuestra investigación, observaron en su estudio que 57,9% (51) de mujeres del grupo casos iniciaron su vida sexual antes de los 18 años de edad; en grupo control fue 42,1%(37). Realizando el análisis estadístico se obtuvo valor de OR: 2,757 con un IC: 1,27-5,9, no contienen a la unidad y  $p < 0,05$ , variable considerado significativo, es factor de riesgo para las anormalidades citológicas de cérvix.

***b. Se distinguió entre las pacientes que en el grupo de mujeres con Dx de VPH el número de parejas sexuales que predominó fue de 1 pareja con un 60%, constituyéndose en factor asociado de protección al riesgo, estadísticamente significativo [ $\chi^2=13.91$   $p=0.0153$   $OR=0.1667$   $IC=0.0348 - 0.7986$ ].***

Generalmente, la prevalencia es más alta en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales y responde al patrón de comportamiento sexual de la población. En las poblaciones donde el número de compañeros sexuales distintos y ocasionales es elevado, la prevalencia puede llegar hasta el 15 % en los grupos de 20 a 29 años de edad.<sup>9</sup>

La asociación entre el número de parejas sexuales y la probabilidad de detectar ADN del VPH en el tracto genital inferior es consistente. El tiempo que transcurre entre una pareja y otra, es otro factor influyente, ya que existe más riesgo de infección si el lapso de tiempo entre una pareja y otra es corto<sup>29</sup>

Rodríguez, Pérez y Sarduy <sup>28</sup>, datos similares a nuestra investigación fueron reportados en este estudio, detallan en su investigación que el grupo de mujeres infectadas con el VPH presentó en mayor porcentaje 60.6% entre 3 a 4 parejas sexuales; asimismo, dicen que la cuarta parte de las que no la tenían, solo refirieron tener 1 o 2 compañeros sexuales en esa etapa de su vida. Estos investigadores refieren que el número de parejas sexuales es un factor de riesgo para adquirir infección por VPH ( $p<0.05$ ), siendo este muy importante desde el punto de vista epidemiológico para adquirir infecciones de transmisión sexual, donde se incluye el VPH.

Sánchez <sup>29</sup>, en su estudio informa datos diferente a nuestra investigación ya que la media de parejas sexuales es 3,89, con un rango de 1 a 20 parejas; siendo que más del 50% de las mujeres han tenido tres o cuatro parejas sexuales, se muestran como factor de riesgo.

Verónica Coronel <sup>16</sup>, en lo que respecta al número de parejas sexuales presenta datos diferentes a nuestra investigación, el 96.2% de su población poseía entre 1 a 3 parejas sexuales; el inicio de la vida sexual lo atribuye a muchas causas sociales, individuales etc. Igualmente, Lazo y Aguilar <sup>19</sup> informan que el 78% tuvieron entre 2 y 3 parejas sexuales; sin embargo es considerado factor de riesgo las múltiples parejas sexuales

Revisando la investigación de Arotoma, Cayra, Arotoma, Ríos y Mendoza <sup>35</sup>, informan datos diferentes a nuestra investigación, el 53,2% (50) del grupo de casos tuvieron mayor o igual a dos parejas sexuales; y en el grupo control fue 46,8% (44). Realizando el análisis estadístico se obtuvo valor de OR: 3,667 y un IC: 1,5-8,4, no conteniendo a la unidad y  $p < 0,05$ ; variable considerado significativo, es factor de riesgo para las anomalías citológicas del cuello uterino.

Según Calle, Gualpa y Reinoso <sup>36</sup>, encontraron en su estudio que la infección por virus de papiloma humano es más frecuente en mujeres con vida sexual activa, contribuyendo a fortalecer lo indicado en la teoría y otros estudios, que indican se puede constituir en factor de riesgo el hecho que haya más de una pareja sexual

José Cabrera Arenas <sup>37</sup>, en su estudio, indica que el resultado de mayor o igual a dos parejas sexuales obtuvo hallazgos mínimos del 18,5% de anomalías citológicas de cérvix; concluyendo que a mayor número de

parejas sexuales representa un factor de riesgo para anomalías citológicas del cuello uterino, esto se relaciona directamente con una mayor exposición al VPH. Estos datos fueron diferentes a nuestra investigación

#### **TABLA 4. FACTORES REPRODUCTIVOS EN MUJERES ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL**

***a. En el estudio que se presenta las edades que predominaron en el grupo de mujeres con Dx de VPH con relación a la Menarquia fue entre los 10 a 13 años con un 90%, constituyéndose en factor no asociado a riesgo, sin significancia estadística [ $ch^2=3.00$   $p=0.0833$   $OR=2.2504$   $IC=0.2504 - 11.5353$ ].***

La menarquia (del griego μήν, μηνός, mes, y αρχή, principio) es el día en el cual se produce el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.<sup>38, 39</sup>

Cabrera<sup>37</sup> en su estudio presentó datos diferentes a nuestra investigación, encontró que el 62.96% presentaron menarquía media (primera menstruación entre los 11 y los 14 años), el 27.78% presentaron menarquía precoz (pacientes cuya primera menstruación fue antes de los 11 años) y el 9.259% presentaron menarquía tardía (pacientes cuya primera menstruación fue después de los 14 años), no significativo estadísticamente.

Lazo<sup>30</sup> en su estudio encontró dentro de los factores de riesgo reproductivo para VPH, que el 93% tenían una menarca entre los 12 y 14 años.

Carolina Carstens <sup>40</sup>, en su estudio encontró que una de sus entrevistadas presentaba una menarquia tardía a los 16 años a diferencia del resto de las jóvenes entrevistadas que sus edades coincidían entre los 11 y los 13 años de edad, lo que condice con las tendencias mundiales actuales y con nuestra investigación. Los datos en este estudio fueron diferentes a nuestra investigación.

***b. En el estudio que se presenta, el número de partos (vía vaginal) que prevaleció en el grupo de mujeres con Dx de VPH fue de 1 a 3 partos con un 70%, constituyéndose en factor asociado de protección al riesgo, estadísticamente significativo [ $ch^2=8.81$   $p=0.0030$   $OR=0.11$   $IC=0.02 - 0.57$ ].***

Estudios caso-control relacionan la alta paridad con CIN 3 y carcinoma de cérvix. Las modificaciones hormonales del embarazo, las modificaciones cervicales del parto podrían explicar esta asociación <sup>29</sup>.

Rodríguez, Pérez y Sarduy <sup>28</sup> datos menores a nuestra investigación fueron reportados en este estudio, más de la mitad del grupo de su estudio tenía antecedentes de 3 partos o más (53,7 %), mientras que las mujeres que no tenían diagnóstico de VPH, mayoritariamente solo habían tenido entre 1 o 2 partos (60,6 %), lo que dio como resultado que se encontrara asociación significativa entre esta característica y la infección por VPH.

Lazo y Aguilar <sup>30</sup> reportan datos mayores a nuestra investigación, establecieron que mujeres con dos o más hijos por partos vía vaginal tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar infección por VPH y lesión intraepitelial; luego de cuatro partos dicho riesgo se triplica, después de siete

se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces; presumiblemente por la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal que aumenta la susceptibilidad a la infección. Con respecto a los factores de riesgo reproductivo.

Goyes Jaramillo y Moreira <sup>32</sup>, observaron un aumento de la presencia de los genotipos de alto riesgo en las mujeres que tuvieron 2 o más partos, lo que se relaciona con la literatura mientras mayor sea el antecedente de partos mayor riesgo de presentar infección por el virus.

Eva María Sánchez Sánchez <sup>29</sup> con respecto al número de partos encontraron un total de 155 en su muestra, con un número medio de partos por paciente de 1,4. El rango abarca de 0 a 4 partos, siendo un embarazo 28.8%, dos partos 32.4% y ningún partos 26.1%, ( $p < 0.05$ ). Estos datos fueron diferentes a nuestra investigación

Para Marcelo Arotoma et al <sup>35</sup>, el 48.15% de casos fueron grandes multíparas ( $\geq$  de 5 partos) y del grupo control 51,8%. Realizando el análisis estadístico obtuvo valor de  $p < 0,05$ , variable considerado significativo, es factor de riesgo para las anomalías citológicas del cuello uterino. En este estudio los datos reportados fueron menores a nuestra investigación.

Es importante resaltar la no coincidencia con los resultados de Luzmila Peláez y Javier Rivas <sup>41</sup>, quienes informan datos de 40,0% y 34,6% de su muestra tuvieron mayor de cinco partos y presentaban anomalías citológicas de cérvix; una afectación inmunológica repetida influye en la aparición de una infección con facilidad, en especial con el PVH, además los efectos traumáticos que se produce a nivel del cuello uterino en cada parto, lo que también

incrementa el riesgo para VPH. Este estudio reporta datos diferentes a nuestra investigación

Coincidimos con Goyes, Jaramillo y Moreira <sup>32</sup> en que la multiparidad como factor de riesgo es un elemento importante en el presente estudio ya que es característico en poblaciones de bajo nivel cultural, escasas opciones recreativas y muy poca incorporación de la mujer al trabajo la existencias de altas tasas de natalidad lo que asociado a la serie de cambios que se experimentan durante el embarazo donde la mujer se inmuno deprime, lo que puede deducirse que una afectación inmunológica repetida influye en <sup>53</sup> la aparición de una infección más fácil en especial con el virus del papiloma humano además de los efectos traumáticos que sobre el cuello uterino puede producir cada parto.

***c. Se distinguió entre las pacientes que en el grupo de mujeres con Dx VPH el uso de Método Anticonceptivo que predominó fue el hormonal con un 80%, constituyéndose en factor asociado a riesgo, estadísticamente significativo [ $\chi^2=10.68$   $p=0.0011$  OR=11.3846 IC=2.1358 – 60.6841]***

Rodríguez, Pérez y Sarduy <sup>28</sup>, escriben que el consumo de contraceptivos hormonales durante cinco ó más años actúa como co-factor para padecer cáncer cervical, pues aumentan la expresión de E6 y E7 del VPH. Los estrógenos favorecen la proliferación de las lesiones ya establecidas. Los gestágenos pueden estimular la expresión viral. Los estrógenos y gestágenos de los contraceptivos inhiben la apoptosis a nivel cervical y modifican la respuesta inmunitaria local, lo que facilitaría la carcinogénesis, sobre todo si el

consumo es superior a 10 años. El riesgo disminuye 8 años después de haberlos suspendido

Moreno <sup>9</sup>, en su tesis informa que el uso de anticonceptivo hormonal está asociado estadísticamente con la aparición del VPH. por lo que se observa es factor significativo de riesgo.

Goyes, Jaramillo y Moreira <sup>32</sup>, reportan datos menores a nuestra investigación, en su estudio encontraron que un porcentaje mayor de la mujeres VPH-AR positivas utilizaban como método de planificación familiar anticonceptivos hormonales orales (53.6%), en las cuales el genotipo 16 fue el prevalente, encontrándose una asociación significativa entre el uso de ACO y la infección por el virus del Papiloma Humano.

Asimismo, Marks y colaboradores <sup>42</sup>, publican que el uso a largo plazo de anticonceptivos orales combinados se asocia a mayor riesgo de infección por VPH, independientemente de la conducta sexual de la mujer, lo cual se evidencia como factor de riesgo

Lazo y Aguilar <sup>30</sup> reportan en su estudio datos menores a nuestra investigación, el 62% de sus participantes hicieron uso de algún método anticonceptivo y el anticonceptivo más empleado es el AOC con 57.69% seguido del inyectable con 34.61%, como vemos ambos son hormonales. Igualmente, Eva Sánchez <sup>29</sup>, en su muestra encontró que el 34,2% de las mujeres utilizaban anticoncepción hormonal, frente al 65,8% que no los usaban (p<0.005)

Arotoma et al <sup>35</sup>, reporta en su estudio datos menores a nuestra investigación, estudió el tiempo de exposición a métodos anticonceptivos orales el 48,4%

(60) de los casos utilizaron dicho anticonceptivo por un tiempo  $\geq$  de 5 años, mientras que en el grupo control 51,6%(64) mujeres.

Realizando el análisis estadístico se obtuvo valor de OR: 1,103 y un IC: 1,201-6,003 que no contiene a la unidad y  $p > 0,05$  siendo esta variable estadísticamente significativo, es factor de riesgo para las anormalidades citológicas del cuello uterino.



## CONCLUSIONES



## CONCLUSIONES

De los hallazgos encontrados se puede concluir en:

1. El tipo de **virus** que prevaleció en el estudio fue VPH 16 con un 60%. Asimismo, con respecto al **resultado de la citología líquida**, se constata que en el grupo de mujeres con Dx VPH predominó el ASC-US con 40%, mientras que en el grupo de mujeres sin Dx VPH fue Normal con 82%. Al análisis, el ASC-US [ $\chi^2=5.88$   $p=0.0153$  OR=6.00 IC=1.25 - 28.74]; LIE Bajo [ $\chi^2=7.37$   $p=0.0066$  OR=28.42 IC=2.49 - 324.71]; y, LIE Alto [ $\chi^2=7.37$   $p=0.0066$  OR=28.42 IC=2.49 - 324.71] se

constituyeron en factores asociados a riesgo, estadísticamente significativo.

2. Con respecto a los **factores personales** en el grupo con diagnóstico de VPH y en el grupo sin diagnóstico de VPH - respectivamente - tenemos que la edad que prevaleció fue entre 18 a 29 años y 20 a 59 años [ $\chi^2=5.14$   $p=0.0233$  OR=4.75 IC=1.15 - 19.69]; el estado conyugal no unida y unida [ $\chi^2=5.74$   $p=0.0166$  OR=5.44 IC=1.24 - 23.96]; que al análisis ambos se han establecido como factor asociado a riesgo, estadísticamente significativo.
3. Con respecto a los **factores sexuales** en el grupo con diagnóstico de VPH y en el grupo sin diagnóstico de VPH -respectivamente- tenemos la edad de inicio de relaciones sexuales que predominó fue entre los 15 y 17 años y 18 a 20 años [ $\chi^2=5.94$   $p=0.0148$  OR=6.53 IC=1.25 -34.03], se han establecido como factor asociado a riesgo, estadísticamente significativo; el número de parejas sexuales que prevaleció en ambos grupos fue de 1 pareja y 2 a más parejas [ $\chi^2=13.91$   $p=0.0002$  OR=0.0741 IC=0.0155 - 0.355] se han establecido como factor asociado de protección al riesgo, estadísticamente significativo.
4. Con respecto a los **factores reproductivos** en el grupo con diagnóstico de VPH y en el grupo sin diagnóstico de VPH -respectivamente- tenemos la menarquía en ambos grupos entre los 10 a 13 años [ $\chi^2=3.00$   $p=0.0833$  OR=2.2504 IC=0.2504 - 11.5353] no significativo; y el número de partos que prevaleció es entre 4 a más con 80%, y entre 1 a 3 partos con 70% [ $\chi^2=8.81$   $p=0.0030$  OR=0.11 IC=0.02 - 0.57] que

al análisis se han establecido como factor asociado de protección al riesgo, estadísticamente significativo.

Finalmente se acepta la hipótesis que existen algunos factores de riesgo personal, sexual y reproductivo que influye significativamente en mujeres con y sin diagnóstico de virus de papiloma humano atendidas en Onco Prev Internacional, del distrito de San Isidro – Lima, enero a julio del 2015.



### **RECOMENDACIONES**

A los profesionales que brindan atención de salud sexual y reproductiva a las mujeres, especialmente en el Onco Prev Internacional principalmente a las y los Obstetras, se les sugiere...

- ❖ Realizar pruebas de detección de VPH mediante la prueba de PCR y citología líquida, para la detección y prevención oportuna del cáncer de cuello uterino.
- ❖ Incentivar la realización de intervenciones educativa, de manera que se involucre no solo a la mujer en edad fértil, sino a su pareja y a la población

en general, en la adopción de conductas sin riesgos, mejorando sus conocimientos para que tomen conciencia sobre su salud sexual y reproductiva, y puedan así prevenir y evitar el contagio del virus de papiloma humano.

- ❖ Promover la Investigación de manera que se conozca la prevalencia del VPH a nivel nacional, y el uso de la prueba PCR y la citología líquida para el diagnóstico oportuno. Asimismo, realizar estudios en el sexo masculino ya que también son los portadores del VPH.
- ❖ Formular proyectos de intervención, a fin que el ente rector en el área como lo es el Ministerio de Salud, apoye el acceso en forma gratuita a las mujeres que lo requieran.



# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2010: GLOBOCAN 2008. s.l. : Int J Cancer, Sub-Saharan África. 2010. 127:2893-917
2. Gutiérrez A. Costo y utilidad de la vacuna contra el virus del papiloma humano en mujeres peruanas. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2011; 28(3):416-25. Disponible en:  
<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2011.v28.n3.a3.pdf>
3. Castillo G. "Cáncer de Cuello Uterino". 2010; Universidad De Antioquia. Medellín, Colombia. 14(1): 151-162. [Consultado el 25 de noviembre de 2015]. Disponible en:  
[http://www.entornomedico.org/enfermedadesdelaalaz/index.php?option=com\\_content & view = article & id = 141: cáncer-de-cuello- uterino & catid=37: enfermedades\\_con\\_c & itemid=151](http://www.entornomedico.org/enfermedadesdelaalaz/index.php?option=com_content&view=article&id=141:cáncer-de-cuello-uterino&catid=37:enfermedades_con_c&itemid=151)
4. Wang X, Zhuang J, Wu K, Xub K, Licd M, Lua Y. Human semen: The biological basis of sexual behaviour to promote human papillomavirus infection and cervical cancer. Department of Urology, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu, Sichuan, People's Republic of China. En: Med Hypotheses. 2010;74:1015-6.
5. Botero J, Jubiz A. Obstetricia y Ginecología. 6ta ed, Bogotá: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010

6. OPS/OMS resalta la importancia de la Vacuna contra el VPH en Colombia. Gestión del Conocimiento y Comunicaciones, OPS/OMS Colombia. Bogotá, D.C., 24 de agosto de 2012. [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1683&Itemid=551](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1683&Itemid=551)
7. Instituto Nacional del Cáncer. Instituto Nacional de Salud de los EEUU. Hoja informativa. 2013. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/VPH>
8. Cardona J, Puerta J, Flores J. Prevalencia del virus papiloma humano y sus factores de riesgo en hombres: revisión sistemática. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Artículo de revisión. Infection. 2011; 15(4): 268-276. Disponible en: <http://revistainfectio.org/site/portals/0/ojs/index.php/infectio/article/view/474/474>
9. Moreno A. "Infección por el virus del papiloma humano en mujeres con lesión intraepitelial cervical: aspectos virológicos y clínico patológicos, Universidad de Murcia Departamento de Genética y Microbiología. España. 2014
10. Quade G. "National Cancer Institute". Estados Unidos [En línea]. Cáncer del Cuello Uterino. Enero 2010. [Consultado el 25 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.med.unibonn.de/cancernet/spanish/200103.html#1>

11. Organización Mundial de la salud (OMS). Papiloma virus humanos (PVH) y cáncer cervico uterino [En línea] Nota descriptiva N°380, Marzo de 2015. [Consultado el 30 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
12. Rositch A, Koshiol J, Hudgens M, Razzaghi H, Backes D, Pimenta J, Franco E, Poole C, Smith J. Patterns of persistent genital human papillomavirus infection among women worldwide: A literature review and meta-analysis. Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Baltimore, USA, University of North Carolina Chapel Hill NC USA. You have free access to this content. International Journal of Cancer. Volume 133, Issue 6, Version of Record online: 11 Oct 2012
13. Toro M, Fernández A. Detección de virus papiloma humano (HPV) a partir de muestras celulares de cuello uterino en base líquida. Correlación con la inmunorreactividad de la proteína p16INK4a. Facultad de Farmacia y Bioanálisis, Universidad de Los Andes. Sector Campo de Oro, detrás del IAHULA, Mérida, Venezuela. En: Invest Clin 52(1): 3 - 14, 2011.
14. Valdivia I, Aguayo F, Pruyas M, et al. Genotipos de virus papiloma humano (VPH) en pacientes con cáncer cérvico-uterino en un hospital público y una clínica privada de Santiago, Chile. Rev. chil. infectol. [revista en la Internet].
15. Mazarico E. Relación existente entre la infección por los diferentes genotipos del Virus del Papiloma Humano y la presencia de patología premaligna y maligna del cuello uterino. Universitat de Barcelona. 2012.

16. Coronel V. "Prevalencia de infección por virus de papiloma humano de alto riesgo y factores asociados en mujeres que acudieron al Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS en el año 2013. Cuenca. 2013." Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina. Cuenca Ecuador, 2014.
17. Industrias Makol, Ecuador. Folleto de BD Sure Path Monocapa. 2010: 17-21.
18. Zambrano S, González M. Citología en base líquida: parámetros de eficacia. En: Rev Obstet Ginecol Venez. 2015 Sep; 75( 3 ): 187-199.
19. Sanoja L. Detección y tipificación del virus del papiloma humano mediante reacción en cadena de polimerasa, en muestras cervicales de estudiantes: Universidad de Carabobo. Venezuela. Comunidad y Salud. 2013; 11( 2 ): 1-10
20. Mongelos P, Paez M, Rodríguez I, et al. Detección del virus del papiloma humano de alto riesgo por captura híbrida II según hallazgos citológicos en mujeres tratadas por lesiones escamosas intraepiteliales de cuello uterino, período 2006/2010. Universidad Nacional de Asunción, Asunción, Paraguay. En: Rev Bras Epidemiol 2013; 16(1): 40-8.
21. Castle E, Fetterman B, Cox JT, et al. The age-specific relationships of abnormal cytology and human papillomavirus DNA results to the risk of cervical precancer and cancer. EEUU. Obstet Gynecol 2010;116: 76Y84.
22. Arotoma M, Cayra O, Arotoma E, Ríos R, Mendoza Á. [En línea]. Factores de riesgo para anomalías citológicas del cuello uterino en pacientes atendidas en los establecimientos de Salud, Huaraz

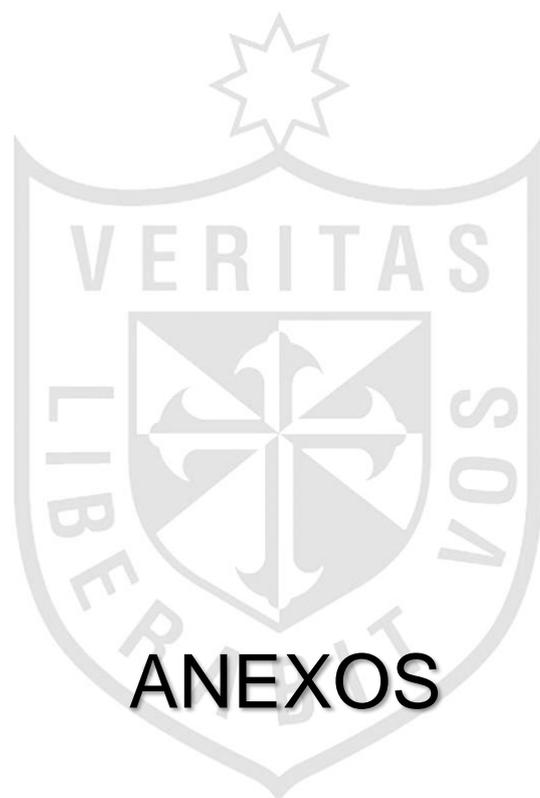
- 2013. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Huaraz, Perú.  
2013. [Consultado el 04 de julio de 2016]. Disponible en:  
<http://es.slideshare.net/marceloidoarotomaore5/fr-p-publicar>
23. Peláez L, Rivas J. Prevalencia de anomalías citológicas en frotis cervical y factores asociados en citología realizadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, 2010. Universidad de Cuenca. Ecuador. 2010
24. Luna M. Factores de riesgo asociados al padecimiento de cáncer de cérvix en usuarias de la Unidad de Salud de Ilobasco, Departamento de Cabañas. 2010. Universidad El Salvador. República de El Salvador, 2011.
25. Cabrera J. Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006-2011, Universidad nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Lima 2012
26. Zambrano S, González M. Citología en base líquida: parámetros de eficacia. Universidad Central de Venezuela, con sede en la Maternidad "Concepción Palacios". En: Rev Obstet Ginecol Venez. 2015 Sep; 75(3): 187-199.
27. Croquer Z, Rodríguez A, Avila M, et al. Virus de papiloma humano y factores de riesgo en el desarrollo de cáncer cérvico uterino. Hospital Universitario de Caracas. Ciudad Universitaria, Los Chaguaramos. Caracas, Venezuela. En: Rev Venez Oncol 2010; 22(1): 32-38.

28. Rodríguez D, Pérez J, Sarduy N. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014 Jun; 40(2): 218-232.
29. Sánchez E. Infección del virus papiloma humano y cáncer de cuello uterino: distribución de genotipos en mujeres conizadas por lesión escamosa intraepitelial de alto grado (CIN 2-3) y análisis de los cofactores de cáncer de cérvix en Málaga. 2012. Universidad de Málaga. Facultad de Medicina Departamento de Cirugía, Obstetricia y Ginecología. Málaga, España. 2012
30. Lazo E, Aguilar F. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011 de la Universidad Nacional de San Martín Facultad de Ciencias de La Salud Escuela Académica Profesional de Obstetricia. Tarapoto – Perú 2012.
31. Van Kemenade V. “Información sobre la relación del Virus Papiloma Humano (HPV) y Cáncer Cérvico uterino que tiene una población de mujeres entre 15 y 50 años de la ciudad de Ramallo”. Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. 2012. Buenos Aires, Argentina
32. Goyes M, Jaramillo A, Moreira J. Prevalencia de infección por virus de papiloma humano de alto riesgo oncogénico (VPH-AR) en mujeres embarazadas que acuden al control por consulta externa en el Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora” de la ciudad de Quito. Universidad

- Central del Ecuador Facultad de Ciencias Médicas. Postgrado De Ginecología y Obstetricia, Quito, Ecuador. 2015.
33. Rocha M, Juárez E, Ruiz M, Ramírez G, Gaytán R, Contreras P. Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras. Cuba, La Habana. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012; 38(2):244-55.
34. Peláez J. Infecciones de transmisión sexual. La Habana: Edit. Científico Técnica; 2011. p. 1-55.
35. Arotoma M, Cayra O, Arotoma E, Ríos R, Mendoza Á. [En línea]. Factores de riesgo para anomalías citológicas del cuello uterino en pacientes atendidas en los establecimientos de salud, Huaraz -2013. [Consultado el 04 de julio de 2016]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/marceloidoarotomaore5/fr-p-publicar>
36. Calle F, Gualpa V, Reinoso S. Prevalencia de los genotipos del papiloma virus humano en muestras cervico uterinas y su relación con los factores de riesgo en mujeres con vida sexual activa de los Cantones Gualaceo, Paute y Chordeleg de la provincia del Azuay Ecuador 2013-2014. Ecuador 2015.
37. Cabrera J. Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006-2011, Universidad nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Lima 2012
38. Suárez C, Lacalle R, Pérez J. II International Conference Gender and Communication. Universidad de Sevilla. Facultad de Comunicación de

Sevilla 1, 2, 3 y 4 de abril de 2014. Libro de actas. 2014. ISBN 978-84-9085-030-5

39. Yermachenko, A; Dvornyk, V (2014). «Nongenetic determinants of age at menarche: a systematic review». The University of Hong Kong, Pokfulam Road, Pokfulam, Hong Kong. En: BioMed Research International Volume 2014 (2014), Article ID 371583, 14 page
40. Carstens C. Conocimiento y conductas asociadas a VPH: un estudio descriptivo de Chile y España. Universidad de Salamanca. Máster en Antropología Aplicada, Salud y Desarrollo Comunitario. Salamanca, Junio de 2012
41. Peláez L, Rivas J. Prevalencia de anomalías citológicas en frotis cervical y factores asociados en citología realizadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Universidad de Cuenca. Ecuador. 2010.
42. Marks S, Gravitt, PE, Gupta, SB, et al. The association of hormonal contraceptive use and HPV prevalence. Oxford University. EEUU: Int J cancer, 2011. 128:2962-70.



**ANEXOS**

FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE  
PAPILOMA HUMANO ATENDIDAS EN ONCO PREV INTERNACIONAL  
DISTRITO DE SAN ISIDRO – LIMA 2015

ANEXO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. **DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO**

*Tipo de VPH*

- VPH 16  VPH 18  Alto Riesgo

*Citología Líquida*

- NORMAL  ASC-US  
 LIE BAJO  LIE ALTO

II. **FACTORES PERSONALES**

*Edad*

- 18 a 29 años  30 a 59 años

*Estado Conyugal*

- No Unida  Unida

III. **FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVAS**

**Sexuales**

*Inicio de relaciones sexuales*

- 15 a 17 años  18 a 20 años

*Número de parejas sexuales*

- 1 pareja  2 a más parejas

**Reproductivas**

*Menarquia*

- 10 a 13 años  14 a 17 años

*Número de Partos (Vía Vaginal)*

1 a 3 partos

4 a más partos

*Uso de Métodos Anticonceptivos*

Hormonales

No Hormonales



