

UNIVERSIDAD NACIONAL DE JAÉN



CARRERA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA CON ESPECIALIDAD EN LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

“LESIONES CERVICOUTERINAS POR *Virus Papiloma Humano* EN
MUJERES DE 20 – 49 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD MORRO
SOLAR-JAÉN”

Presentado por:

Yajahuanca Gaytán Shirley Ludy

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADO TECNÓLOGO MEDICO EN
LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA.**

Jaén – Perú

2018

**“LESIONES CERVICOUTERINAS POR VIRUS PAPILOMA HUMANO EN
MUJERES DE 20-49 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD MORRO SOLAR
JAÉN”**

TESIS

Para optar título de:

**LICENCIADO TECNÓLOGO MÉDICO EN LABORATORIO CLÍNICO Y
ANATOMÍA PATOLÓGICA**

Mg. Guillermo NÚÑEZ SAN CHEZ ASESOR

Aprobado por el siguiente jurado:

**Mg. Ana Zulema IZARZABUR U AHUMADA
PRESIDENTA**

**Dra. Irma Rumela, GUIRRE ZAQUINAULA
SECRETARIA**

**Mg. Gss. T. M. Juan Enrique ARELLANO UBILLÚS
VOCAL**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE JAÉN

LEY DE CREACIÓN N° 29304 - RESOLUCIÓN DE FUNCIONAMIENTO N° 647-2011 - CONAFU
COORDINACIÓN CARRERA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Siendo las 10:45 a.m del día 23 de Marzo del 2018, reunidos en sala de docentes de la Universidad Nacional de Jaén, los Miembros del Jurado:

- Mg. Ana Zulema Lizarzaburu Ahumada (Presidenta)
- Dra. Irma Rumela Aguirre Zaquinaula (Secretaria)
- Mg. Juan Enrique Arellano Ubillus (Miembro)
- Mg. Guillermo Núñez Sánchez (Asesor)

Con la finalidad de llevar a cabo la Sustentación de Informe de Tesis Titulado: "**Lesiones Cervicouterinas por Virus Papiloma Humano en Mujeres de 20 – 49 Años en Centro de Salud Morro Solar – Jaén**", presentado por la tesis: **Shirley Ludy Yajahuanca Gaytan**.

Los Miembros del Jurado, presencian la sustentación del Informe de Tesis denominado: "**Lesiones Cervicouterinas por Virus Papiloma Humano en Mujeres de 20 – 49 Años en Centro de Salud Morro Solar – Jaén**", luego se procede a realizar las preguntas correspondientes para ser contestadas por el tesista, los Miembros del Jurado de Tesis luego de escuchar la defensa del tesista, deliberan y deciden aprobar la sustentación, siendo el calificativo final:

Regular	Buena	Muy Buena	Sobresaliente
11-12	13-14-15	16-17-18	19-20
_____	_____	<u>16</u>	_____

Siendo las 11:45 a.m, del mismo día, se procede a firmar la presente en señal de conformidad y elevar a las autoridades competentes para el trámite correspondiente.

Presidente

Nombre: Mg Zulema Lizarzaburu Ahumada Firma [Firma]

Secretario

Nombre: Dra. Irma Rumela Aguirre Zaquinaula Firma [Firma]

Miembro

Nombre: T.M Juan Enrique Arellano Ubillus Firma [Firma]

DEDICATORIA

A mis padres Salvador e Itala, los mejores maestros que he tenido y mi hija Sammy Yanay mi principal motivación para seguir escalando peldaños más altos.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor, Mg. Guillermo Núñez Sánchez por sus sabios conocimientos en el maravilloso mundo de la citología, durante la elaboración de este trabajo. A mi querida alma mater Universidad Nacional de Jaén la cual me albergó durante estos maravillosos cinco años.

Pero sobre todo, me gustaría agradecer a Dios, y a mis padres por guiar cada paso que doy en esta vida, por la calidez y fortaleza que significa que ellos acompañen cada paso que doy. A mis hermanos y familiares. A Sanders, mi compañero de la maravillosa aventura de ser padres, gracias por estar ahí.

A todos aquellos que con su apoyo me han permitido llevar a buen puerto esta tesis.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	i
ÍNDICE DE CUADROS.....	iii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	iv
ÍNDICE DE ANEXOS.....	v
RESUMEN.....	1
ABSTRAC.....	2
CAPITULO I.....	3
INTRODUCCIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
OBJETIVO GENERAL:.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	7
CAPITULO II.....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. ANTECEDENTES.....	8
2.2. TEORÍAS QUE SUSTENTAN LA INVESTIGACIÓN.....	10
2.2.1. TEORÍA DE HAROLD ZUR HAUSEN.....	10
2.2.2. TEORÍA DE LA INFLAMACIÓN.....	10
2.3. DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS BÁSICOS.....	11
2.3.1. LESIONES CERVICOUTERINAS.....	11
2.3.2. VIRUS PAPILOMA HUMANO.....	14
2.3.3. FACTORES DE RIESGO.....	21
2.3.4. MUJERES EN EDAD FERTIL.....	25
CAPITULO III.....	26
MATERIALES Y MÉTODOS.....	26
HIPÓTESIS.....	26
VARIABLES:.....	26
3.1. MATERIALES Y EQUIPOS:.....	27
3.1.1. MATERIALES.....	27
3.1.2. EQUIPOS.....	27

3.2.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:.....	27
3.2.1.	TIPO DE ESTUDIO	27
3.2.2.	DISEÑO DE ESTUDIO:	28
3.3.	POBLACIÓN.....	28
3.4.	MUESTRA.	28
3.4.1.	MUESTRA BIOLÓGICA	29
3.4.2.	GRUPO DE ESTUDIO.	29
3.5.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.	29
3.5.1.	ENCUESTA	29
3.6.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	30
3.6.1.	PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA.	30
3.6.2.	ANÁLISIS:.....	32
3.7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS:	33
	CAPITULO IV	34
	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
	4.1.RESULTADOS	34
	4.2.DISCUSIÓN	40
	CAPITULO V	43
	CONCLUSIONES	43
	CAPITULO VI.....	44
	RECOMENDACIONES	44
	CAPITULO VII	45
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
	CAPITULO VIII	52
	ANEXOS.....	52
	ANEXO N°0 1. Aspectos independientes de las mujeres de 20-49 años que presentan Lesión cervicouterinas por VPH.	53
	ANEXO N° 0 2 Cuestionario	57
	ANEXO N°0 3. Test para medir el nivel de conocimiento sobre VPH.	58
	ANEXO N°0 4. Consentimiento informado.	59
	ANEXO N°0 5 Clasificación del Sistema Bethesda	60
	ANEXO N°0 6 Criterios en la morfología celular en lesiones cervicouterinas de bajo y alto grado.	61

ÍNDICE DE CUADROS

Contenido.....	Pg.
Cuadro N°0 1. Total de Exámenes Papanicolaou realizados a mujeres de 20 -49 años de edad en el Centro de Salud Morro Solar-Jaén, Agosto-Noviembre, 2017.	35
Cuadro N°0 2. Grado de lesión Cervicouterinas causadas por Virus del Papiloma humano según factores reproductivos, Centro Salud Morro Solar-Jaén, Agosto – Noviembre 2017.....	37
Cuadro N° 03. Grado de lesión Cervicouterinas causadas por Virus del Papiloma humano según Factores Sexuales, Centro De Salud Morro Solar-Jaén, Agosto – Noviembre 2017.	38

ÍNDICE DE FIGURAS

Contenido.....	Pg.
<i>Figura N°0 1.</i> Grado de lesiones cervicouterinas causadas por Virus Papiloma humano, Centro de Salud Morro Solar - Jaen, Agosto-Noviembre 2017. Fuente: Resultados Papanicolaou.	36
<i>Figura N°0 2.</i> Grado de lesión Cervicouterinas causadas por Virus del Papiloma Humano según nivel conocimiento, Centro De Salud Morro Solar-Jaén, Agosto – Noviembre 2017. FUENTE: Encuesta aplicada por la tesista.	39

ÍNDICE DE ANEXOS

Contenido.....	Pg.
ANEXO N°0 1. Aspectos independientes de las mujeres de 20-49 años que presentan Lesión cervicouterinas por VPH.....	53
ANEXO N° 0 2 Cuestionario.....	57
ANEXO N°0 3. Test para medir el nivel de conocimiento sobre VPH.....	58
ANEXO N°0 4. Consentimiento informado.	59
ANEXO N°0 5 Clasificacion del Sistema Bethesda.....	60
ANEXO N°0 6 Criterios en la morfología celular en lesiones cervicouterinas de bajo grado.	61

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar el grado de lesiones cervicouterinas causadas por *Virus del Papiloma humano* (VPH), y así mismo se determinó los factores de riesgo: Factores reproductivos, factores sexuales y nivel de conocimiento en mujeres entre 20 - 49 años de edad que se realizaron examen Papanicolaou en el Centro de Salud Morro Solar-Jaén durante el periodo de Agosto – Noviembre del 2017. El estudio se clasificó como descriptivo, correlacional – causal, de corte transversal, para identificar los factores de riesgo de estudio, se utilizó como instrumentos un cuestionario y test que fueron recolectados mediante la técnica de la encuesta. Se realizó la coloración Papanicolaou a 370 muestras tomadas del epitelio celular del exo y endocérvix; posteriormente se verificó los reportes del registro de interpretación citológica que nos permitieron establecer dos grupos: el primero conformado por 25 (6,8%) mujeres con lesiones cervicouterinas por VPH, el cual representó al grupo de estudio y el segundo conformado por 345 que no presentaron lesión por VPH; En cuanto al análisis de relación de factores de riesgo con el grado de lesiones cervicouterinas por VPH tienen relación estadística: En factores reproductivos del total de pacientes en estudio 36% no utiliza método anticonceptivo; 32% utilizó anticonceptivos hormonales prolongadamente. Asimismo en factores sexuales 84% tuvieron antecedentes de infección urinaria recurrente; 44% iniciaron su vida sexual de 16 a 19 años, excepcionalmente 100% de mujeres con lesiones cervicouterinas de alto grado inicio su vida sexual antes de los 15 años. En nivel de conocimiento 76% tienen un nivel bajo. En conclusión se encontró un porcentaje de 84% y 16% mujeres con lesiones de bajo y alto grado respectivamente, existe relación estadísticamente significativa entre factores de riesgo y el grado de lesiones cervicouterinas por VPH.

Palabras clave: *Virus del Papiloma humano*, Lesiones Cervicouterinas.

ABSTRAC

The objective of this study was to determine the degree of lesions caused by Human Papillomavirus (HPV), and also the risk factors were determined: Reproductive factors, sexual factors and level of knowledge in women between 20 - 49 years of age Papanicolaou test was performed at the Morro Solar-Jaén Health Center during the August - November 2017 period. The study was classified as descriptive, correlational - causal, of cross section, to identify the study risk factors, it was used as instruments a questionnaire and evidence that were collected by the survey technique. Papanicolaou staining was performed on 370 samples taken from the exo and endocervical cell epithelium; Subsequently, the cytological interpretation record reports were verified, which allowed us to establish two groups: the first consisting of 25 (6.8%) women with cervical lesions due to HPV, which represents the study group and the second consisting of 345 patients who did not presentation of HPV injury; Regarding the analysis of the risk relationship with the degree of cervical lesions due to HPV, they are statistically related: In reproductive factors of the total number of patients under study, 36% do not use a contraceptive method; 32% used hormonal contraceptives for a long time. In sexual factors 84% have a history of recurrent urinary infection; 44% started their sex life from 16 to 19 years, exceptionally 100% of women with high-grade cervical lesions began their sexual life before the age of 15. In level of knowledge 76% have a low level. In conclusion we found a percentage of 84% and 16% of women with low and high grade lesions respectively, there is a statistically significant relationship between the risk factors and the degree of cervical lesions due to HPV.

Key words: Human Papilloma Virus, Cervical Lesions.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

“El *Virus Del Papiloma Humano* (VPH) es el causante de diversos cánceres tanto en mujeres como varones y se ha convertido en una fuente significativa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo” (Cardona, Puerta, & Flores, 2011, pág. 268).

“Las infecciones por VPH son muy comunes en mujeres menores de 30 años y una infección no tratada causa cambios en las células del cuello uterino que van desde lesiones de bajo grado hasta Cáncer” (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2015).

El impacto del Cáncer cérvicouterino (CaCu) asociado a VPH en el mundo es devastador, siendo la segunda causa de muerte en la mujer y la primera causa en naciones en vías de desarrollo. El VPH se ha asociado hasta en el 93% de los casos de cáncer invasor y de sus lesiones pre malignas por lo que se considera a la infección por este virus como el factor de riesgo más importante para cáncer cérvicouterino. La historia natural de esta enfermedad es de larga evolución que inicia con los cambios en el epitelio cervical (displasia), que gradualmente van acentuándose hasta que en un término de 15 a 20 años se transforma en carcinoma invasor. (Oliva, 2013, pág. 1)

En la investigación realizada por (Ango & Valencia, 2014), en la Universidad Central del Ecuador, se concluyó que la infección por VPH es un factor predisponente para el desarrollo de la Lesión cervicouterinas de Bajo Grado y su progresión dependiendo del tipo de virus causante de la lesión.

(Callejas, 2011) Investigo: *Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cervix*. En la Universidad de Alcalá, con el objetivo de identificar el perfil de expresión de citoquinas y factores de crecimiento en el cérvix uterino de pacientes con displasia del tejido cervical y su relación con la infección

por VPH. De los resultados obtenidos se concluyó que la presencia de VPH no modifica el número de células productoras de citoquinas y factores de crecimiento en el tejido displásico de las mujeres que lo expresan, pero si su incidencia en la población global.

Dentro de las infecciones de transmisión sexual, el virus del papiloma humano (VPH) está reconocida como la principal causa del cáncer cérvicouterino, donde los genotipos 16 y 18 son los más frecuentes en el mundo y causantes del 70% de casos. En América, la infección por VPH es la enfermedad de transmisión sexual más común en personas sexualmente activas menores de 30 años, donde aproximadamente 15% ha sido infectada con el VPH alguna vez en su vida (...). (Silva Mori, 2014, págs. 23-24)

“El Cáncer cérvicouterino es la primera neoplasia maligna diagnosticada asociada al VPH en el Perú con más de 33,257 casos por año” (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2015). Actualmente, no se han encontrado estudios estadísticos de lesiones cervicouterinas por infección del VPH a nivel local, por lo que esta investigación permitirá tomar medidas aplicables a nuestra realidad.

Los casos registrados por vigilancia epidemiológica de cáncer en el ámbito de la región Cajamarca con diagnóstico confirmado por laboratorio, ubica al Cáncer de Cuello del Útero (34.2%) como el segundo cáncer de mayor incidencia nivel regional. (Diresa Cajamarca, 2017)

Tanto el Carcinoma In Situ como las displasias de Alto Grado (moderada y severa), predominan en el grupo en el grupo de 30 – 39 años, disminuyendo algo en el de 40 – 49 años. Esto significaría que hay entre 10 a 20 años en la evolución de las lesiones pre invasoras al cáncer invasor de cérvix. (Informe de la situación del cáncer de cuello uterino Hospital Regional de Cajamarca 2012- 2017).

El Centro de Salud Morro Solar – Jaén (CSMSJ) cuenta con el Servicio de Citodiagnóstico Cérvicouterino el cual recibe aproximadamente 4000 muestras PAP de pacientes mujeres de las distintas Micro redes pertenecientes a la Dirección de Salud (DISA) Jaén.

El objetivo de este estudio fue determinar el grado de lesiones cervicouterinas causadas por infección de *Virus del Papiloma humano* en mujeres de 20 a 49 años de edad, Centro de Salud Morro Solar – Jaén, durante los meses Agosto - Noviembre del 2017. Para la cual se plantean las siguientes interrogantes de investigación:

- ¿Cuál es la relación entre el grado de lesiones cervicouterinas causadas por *Virus del Papiloma humano* en mujeres de 20 - 49 años que se realizaron Papanicolaou en el Centro de Salud Morro Solar-Jaén y factores reproductivos durante los meses agosto – noviembre del 2017?
- ¿Cuál es la relación entre el grado de lesiones cervicouterinas causadas por *Virus del Papiloma humano* en mujeres de 20 - 49 años que acuden al Centro De Salud Morro Solar-Jaén y los factores sexuales durante los meses agosto – noviembre del 2017?
- ¿Cuál es la relación entre el grado de lesiones cervicouterinas causadas por *Virus del Papiloma humano* en mujeres de 20 - 49 años que acuden al Centro de Salud Morro Solar-Jaén y Nivel de Conocimiento durante los meses agosto – noviembre del 2017?

1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Lesiones cervicouterinas causadas por el *Virus de Papiloma Humano* en mujeres de 20-49 años de edad, atendidas en el Centro de Salud Morro Solar – Jaén, durante los meses de Agosto – Noviembre del año 2017.

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El interés de investigar el grado de lesiones cervicouterinas por VPH y factores de riesgo recae en la necesidad de vincular la investigación en acciones de corto y mediano plazo que permita un tratamiento curativo y evita muertes por enfermedad de Cáncer de Cuello Uterino.

“El cáncer cérvicouterino y las lesiones pre malignas están relacionadas etiológicamente con la infección persistente por VPH además de ser una consecuencia tardía de esa infección” (Gonzales, 2015, pág. 282) con ello se confirma el impacto del virus en el origen de lesiones pre malignas y malignas.

Esta infección constituye un grave problema de salud pública, como lo evidencia la Organización Mundial de la Salud, la cual estima la presentación de 470.000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino anualmente, de los cuales, 80 % suceden en países en desarrollo; además, es una problemática que se agudiza por generar elevados gastos en salud, y presentar limitada práctica de pruebas para la detección e insuficiente financiación para los programas de prevención y control. (Coronel, 2014, pág. 10)

El estudio benefició directamente a la población femenina de 20-49 años atendida en el CSMS mediante la determinación de factores de riesgo relacionados con lesiones causadas por VPH, de manera que sean identificados y modificados los determinantes y riesgos en salud en dicha población, de manera que se evite la mortalidad prematura, la discapacidad evitable.

La investigación brindó evidencia estadística permitiendo conocer la realidad local además de generar una línea de base sobre la temática ya que no había estudios concretos, lo cual va a permitir formular nuevos planteamientos y preguntas de investigación.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de lesiones cervicouterinas causadas por *Virus del Papiloma Humano* en mujeres de 20 - 49 años de edad en el Centro de Salud Morro Solar-Jaén durante los meses de Agosto – Noviembre del 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar el grado de lesiones cervicouterinas causada por *Virus del Papiloma Humano* y su relación con factores reproductivos en mujeres de 20 - 49 años en el Centro de Salud Morro Solar-Jaén durante los meses de Agosto – Noviembre del 2017.

Determinar el grado de lesiones cervicouterinas causada por *Virus del Papiloma Humano* y su relación con factores sexuales en mujeres de 20 - 49 años en el Centro de Salud Morro Solar-Jaén durante los meses de Agosto – Noviembre del 2017.

Determinar el grado de lesiones cervicouterinas causada por *Virus del Papiloma Humano* y su relación con el nivel de Conocimiento en mujeres de 20 - 49 años en el Centro de Salud Morro Solar-Jaén durante los meses de Agosto – Noviembre del 2017.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.ANTECEDENTES.

En Mexico se han realizado dos investigaciones, la primera en Toluca donde se identificó la prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado por VPH en mujeres con ASCUS, confirmaron la prevalencia de lesión escamosa intraepitelial fue de 80% y 19% para bajo y alto grado respectivamente, con una prevalencia de 80%, se encontró correlacion con tabaquismo en un 78.6%, empleo de anticoncepción oral de 82%, número de parejas sexuales, inicio de vida sexual. (Payan, 2013)

En San Luis Potosí (México), Se identificó como factores de riesgo de relevancia además de los ya mencionados por Payan; multiparidad, población emigrante, con poca estabilidad, población vulnerable con conocimientos deficientes para la prevención de infecciones de transmisión sexual son factores de riesgo de relevancia. (Rocha, y otros, 2012)

En Ecuador se realizaron dos investigaciones, la primera realizada en Cuenca concluye que la prevalencia de VPH de alto riesgo fue de 72,7%; pudieron llegar a la conclusión que la infección por VPH de alto riesgo es elevada y se asocia con el inicio de vida sexual. (Coronel, 2014)

El mismo año una segunda investigación (Machala) dio a conocer que la prevalencia anual de VPH se dio en un 6% del total de las atenciones ginecológicas, menor a los resultados obtenidos por Coronel, en este estudio los principales factores de riesgo son: Falta de control citológico, tener más de una pareja sexual, el no utilizar preservativo, y promiscuidad. (Ayala, 2014)

En el Perú se realizaron algunos estudios, el primero realizado en la ciudad de Tarapoto, donde se planteó como punto de discusión la comprobación del comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas como factor predisponente, debido a los cambios metaplásico fisiológicos que se producen en el epitelio cervical del adolescente, que implican multiplicación celular y si está la presencia del agente etiológico (VPH) modifican esta transformación normal o definitiva del epitelio. Se llegó a concluir que el 50% de las pacientes con citología cérvico uterina alterada habían iniciado sus relaciones sexuales entre los 11 y 15 años. (Lazo & Aguilar, 2012)

En Piura se expresa que el *Virus Papiloma humano* fue más frecuente entre los 30 a 49 años de edad, la edad de inicio sexual entre los 14 a 19 años que también fue mencionado por Lazo & Aguilar, a este estudio se incluyó la menarquía entre 12 a 15 años. Embarazo adolescente, multíparas, uso de anticonceptivos, y antecedente de infección de trasmisión sexual como factores de riesgo. (Nuñez M. D., 2015)

En el mismo año se realizaron dos estudios en la ciudad de Lima el primero realizado en el distrito de San Isidro donde se expresa que, existen algunos factores personales, sexuales y reproductivos que están asociados al riesgo de contraer VPH coincidiendo con los autores anteriormente citados. (Ajalcriña, 2015)

Un segundo estudio realizado en Santa Anita, determinó que el nivel de conocimiento respecto a la infección del *Virus Papiloma humano* es 69.4% “Medio”, 15.3% “Alto” y 15.3% “Bajo” en cuanto a las actitudes sobre medidas preventivas para Infeccion por VPH es: “Buena” (88.9%) y “Regular” (11.1%) concluyendo que el nivel de conocimientos se encuentra relacionado directamente y significativamene con las actitudes preventivas. (Valdez, 2015)

2.2. TEORÍAS QUE SUSTENTAN LA INVESTIGACIÓN.

2.2.1. TEORÍA DE HAROLD ZUR HAUSEN.

Harold Zur Hausen es el investigador merecedor del premio Nobel por ser el pionero en la investigación de los VPH relacionados con cáncer. Para analizar su hipótesis, Zur Hausen inició una gran búsqueda de VPH en cualquier tipo de lesiones cervicales. A finales de la década de 1970, se contaba ya con la tecnología de ADN, que se utilizó para aislar el genoma de los VPH identificados en las verrugas. Mediante ensayos de hibridación y restricción demostraron que los virus que aislaron de las diferentes muestras clínicas no eran todos idénticos. (Ochoa, 2013, pág. 309)

El punto decisivo ocurrió en 1983, cuando Dürst, Gissman y otros colaboradores de Zur Hausen aislaron el VPH16 y un año después el VPH18, a partir de muestras de CaCu. Más adelante se demostró que 60% a 70% de las mujeres con CaCu presentaba estos 2 tipos virales. Esta fue la primera evidencia experimental sólida de la asociación del VPH con el CaCu. (Ochoa, 2013, pág. 310)

2.2.2. TEORÍA DE LA INFLAMACIÓN.

Donde tiene un papel protagónico el sistema inmune que defiende contra bacterias o virus, al generar una respuesta en forma de inflamación que puede favorecer o impedir el crecimiento de un tumor. Por ejemplo, la infección por Virus Papiloma humano puede producir inflamación crónica del cuello uterino y desencadenar en cáncer cérvicouterino. (Silva & Soplín, 2014, pág. 30)

2.2.3. LA TEORÍA DEL CONOCIMIENTO

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Científicamente, es estudiado por la epistemología, que se la define como la teoría del conocimiento etimológicamente, su raíz madre deriva del griego episteme, ciencia, pues por extensión se acepta que ella es la base de todo conocimiento. Su definición formal es estudio crítico del desarrollo, métodos y

resultados de las ciencias. Se la define también como el campo del saber que trata del estudio del conocimiento humano desde el punto de vista científico. En cambio, gnoseología deriva del griego gnosis, conocimiento al que también estudia, pero desde un punto de vista general, sin limitarse a lo científico. En la práctica, la gnoseología es considerada como una forma de entender el conocimiento desde la cual el hombre partiendo de su ámbito individual, personal y cotidiano establece relación con las cosas, fenómenos, otros hombres y aún con lo trascendente (Ramirez, 2009)

2.3. DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS BÁSICOS.

2.3.1. LESIONES CERVICOUTERINAS

Las lesiones cervicouterinas se clasifican según el Sistema Bethesda 2001: Lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIBG) y lesiones intraepiteliales de alto grado(LIAG).

El termino “lesión” es utilizado para significar el potencial biológico incierto del proceso. Las lesiones de bajo grado son a menudo transitorias a diferencia de las lesiones de alto grado que tienen mayor persistencia viral y un alto grado de progresión. (Lacruz & Fariña, 2003)

“Se introduce el término lesión escamosa intraepitelial (LEI) o lesión cervicouterinas, con dos categorías: bajo grado y alto grado, en donde hay un crecimiento anormal mínimo (bajo grado), y progresa en espesor hasta llegar a la capa más superficial del epitelio alto grado” (Ango & Valencia, 2014, pág. 10).

LEIBG abarca los cambios celulares asociados con los términos más antiguos de coilocitosis, displasia leve y NIC 1, mientras que LEIAG abarca las lesiones más clínicamente significativas anteriormente denominadas displasia moderada y grave, NIC 2, NIC 3 y carcinoma in situ. (Nayar & Wilbur, 2015, pág. 136)

a. LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LEIBG).

“Se denomina lesiones cervicouterinas de bajo grado cuando se encuentran células levemente anormales en la superficie del cuello corresponde a lo que se suele llamar displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical grado 1 conocida como NIC 1” (Ango & Valencia, 2014, pág. 9).

• **Criterios (Ver Figuras de Anexo N° 06)**

Existen criterios en la morfología celular establecidos para determinar una lesión de bajo grado. (Nayar & Wilbur, 2015, págs. 137-138)

- Las células se producen individualmente, en grupos y en hojas.
- Los cambios tecnológicos generalmente se confinan a células escamosas con citoplasma de células escamosas intermedias o superficiales "maduras".
- El tamaño total de las células es grande, con un citoplasma bien definido bastante "maduro".
- La ampliación nuclear más de tres veces el área de los núcleos intermedios normales da como resultado una relación nuclear a citoplásmica baja pero ligeramente aumentada (Figura N° 06.2).
- Los núcleos son generalmente hipercromáticos, pero pueden ser normocromáticos.
- Los núcleos muestran tamaño variable (anisonucleosis).
- La Cromatina está distribuida uniformemente y varía desde granular gruesa a manchada o densamente opaca (Figura N° 06.1).
- El contorno de las membranas nucleares varía de liso a muy irregular con muescas (Figura N° 06.1).
- La binucleación y la multinucleación son comunes (Figura N° 06.3).
- Los nucleolos generalmente están ausentes o son poco visibles si están presentes.
- La kilocitosis o cavitación perinuclear que consiste en una zona perinuclear clara ancha, claramente delineada y un borde periférico de citoplasma densamente teñido es una característica citopática viral característica, pero no es necesaria para la interpretación de LEIBG (Figura N° 06.4).
- Las células pueden mostrar una mayor queratinización con citoplasma eosinófilo denso con poca o ninguna evidencia de coilocitosis.

- Las células con coilocitosis o la naranja intensa también deben mostrar anomalías nucleares para diagnosticar LEIBG (Figura N° 06.4); los halos perinucleares o el aclareo en ausencia de anomalías nucleares no califican para la interpretación de LEIBG (Figura N° 06.5)

b. LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (LEIAG)

Las lesiones de alto grado representan cambios inducidos por la integración del ADN vírico en el de la célula anfitriona inmadura, la producción excesiva de las diversas oncoproteínas origina alteraciones estructurales, replicación celular descontrolada e inmortalidad celular. Histológicamente, estas células basaloides anómalas sustituyen a las células normales del epitelio superficial. (Payan, 2013, pág. 10)

• Criterios (Ver Figuras de Anexo N° 06)

- Los cambios citológicos afectan a células más pequeñas y menos “maduras” que las lesiones de bajo grado. (Figura N° 06.6)
- Las células pueden estar aisladas, en láminas o en agregados pseudociliales.
- Los agregados siciliales de células displásicas pueden dar como resultado grupos de hacinamiento hiper cromáticos. (Figura N° 06.9)
- El tamaño general de las células es variable: pueden tener desde un tamaño similar al de las observadas en lesiones de bajo grado hasta el tamaño bastante pequeño de las células de tipo basal.
- La hiper cromasia nuclear se acompaña de variaciones de tamaño y morfología nuclear. (Figura N° 06.7)
- El grado de hipertrofia nuclear es más variable que el que se presenta en lesiones de bajo grado, pero el área citoplasmática es más pequeña, por lo que aumenta considerablemente la relación núcleo/citoplasma (Figura N° 06.7 y 06.10). Otras células tienen relaciones nucleares / citoplásmicas muy altas, pero el tamaño real de los núcleos puede ser considerablemente más pequeño que el de LEIBG, a veces incluso tan pequeño como el núcleo de una célula intermedia normal (Figura N° 06.8).

- La relación nuclear a citoplásmica es más alta en LEIAG en comparación con LEIBG.
- Los núcleos generalmente son hipercromáticos, pero pueden ser normocromáticos o incluso hipocromáticos (Figura N° 06.9).
- La cromatina puede ser fina o granular gruesa y está distribuida uniformemente.
- El contorno de la membrana nuclear es bastante irregular y con frecuencia muestra indentaciones prominentes o surcos.
- Los nucleolos generalmente están ausentes, pero pueden verse ocasionalmente, particularmente cuando las lesiones de alto grado se extienden a los espacios de las glándulas endocervicales o en el fondo de un cambio reactivo o reparador.
- El aspecto del citoplasma es variable y puede parecer "inmaduro", con aspecto de encaje, claro y transparente (Figura N° 06.10) o densamente metaplásica, pero en ocasiones, el citoplasma es "maduro" y densamente queratinizado (queratinización de LEIAG).

LESIONES CERVICOUTERINAS CAUSADAS POR VIRUS PAPILOMA HUMANO.

Las lesiones cervicouterinas causadas por Virus Papiloma Humano consiste en hiperplasia del epitelio con papilomatosis, acantosis, queratinización de células aisladas, células binucleadas y una forma característica de citólisis parcelar en las células intermedias: la coilocitosis ((kóilos): hueco). Las células presentan citoplasma de aspecto vacío y núcleo retraído, oscuro, a menudo excéntrico, sin aumento de la relación núcleo-citoplasma; frecuentemente hay células binucleadas. En esta fase, el ADN viral flota en el núcleo constituyendo el episoma y hace que la actividad metabólica de la célula epitelial produzca gran cantidad de viriones (partículas virales completas), lo que se manifiesta histológicamente sobre todo por coilocitosis. Es la fase productiva de infección viral. (Torres, 2012, pág. 30)

2.3.2. VIRUS PAPILOMA HUMANO

Los *Virus del Papiloma humano* son miembros de la familia Papillomaviridae. Las partículas virales son pequeñas y contienen una cadena de ADN de doble hebra.

Existen más de 200 genotipos descritos, de los que cerca de una tercera parte tienen como objetivo infectar las mucosas del hospedero (Ochoa, 2013, pág. 309)

Los VPHs poseen un alto grado de tropismo por las células epiteliales. Así mismo, pueden producir infecciones tanto de piel como de mucosas, los virus que son capaces de infectar las mucosas se dividen en genotipos de alto y bajo grado, de acuerdo a su infección puede conducir o no al desarrollo de Cáncer. (Arteaga, 2014, pág. 3)

RESEÑA HISTÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO.

La investigación de los papilomas virus empezó hace más de 100 años, concretamente cuando en 1896 Mc Fadyean y Hobday demostraron la transmisión celular de las verrugas en los perros. Este hallazgo se siguió del de Ciuffo, que publicó en 1907 la transmisión de las verrugas en humanos. (Ayala, 2014, pág. 16)

El virus del papiloma se vislumbró por primera vez como una enfermedad por el Dr. Richard Shope de la Universidad Rockefeller en la década de 1930. Una cepa del virus del papiloma de conejos infectados a menudo causa verrugas en forma de cuerno. La causa de estas verrugas no se conocían en ese momento, pero Shope experimentó tomando muestras de las verrugas, moliéndolas e inyectándose las a los conejos sanos. Los conejos sanos pronto desarrollaron las mismas verrugas. Shope no identificó el VPH, pero dedujo correctamente que las verrugas eran causadas por un virus. (Herrera & Cordova, 2014, pág. 20)

En 1983, al hallazgo, mediante Southern blot, de ADN de Virus del Papiloma Humano tipo 16 en cánceres de cuello uterino, descubrimiento que le valió a Harold zur Hausen el Premio Nobel de Medicina en 2009. (Ayala, 2014, pág. 16)

PATOGENIA.

La infección por Virus del Papiloma humano se puede dividir en infección de bajo grado (causando verrugas genitales) e infección de alto grado (causando neoplasia

intraepitelial cervical). El Virus del Papiloma Humano es transmitido a través del contacto con piel o mucosa genital infectada. Las verrugas son altamente contagiosas debido a su carga viral alta. (Oliva, 2013, pág. 1)

La infección queda siempre confinada a las células del epitelio escamoso y puede afectar a cualquier tipo. La replicación de los Papiloma Virus Humano sólo comienza en células capaces de dividirse, por lo que es obligado que estos virus alcancen las células basales para que se desarrolle una lesión. (Ayala, 2014, pág. 18)

“La expresión de genes tempranos tiene lugar ya en dichas células, en tanto que la síntesis de las proteínas estructurales y el ensamblaje de los viriones sólo suceden en queratinocitos diferenciados” (Ayala, 2014, pág. 18).

La mayor parte de las infecciones causadas por el VPH no causan síntomas en la mayoría de las personas, por lo que pueden pasar incluso inadvertidas y combatidas por el hospedero. No obstante, algunos genotipos virales pueden causar cáncer cérvicouterino (CaCu), vulvar, vaginal, peneano, anal y orofaríngeo. Sin embargo, en una gran proporción de casos, la infección por VPH se auto limita y en menos de 10% de los pacientes se presenta una infección persistente. (Ochoa, 2013, pág. 309)

El VPH tiene la particularidad de requerir un micro abrasión o un área de transición de epitelios, como la que existe en el cuello uterino, ano o amígdalas, para poder infectar las células. La infección se presenta en los queratinocitos basales del epitelio escamoso estratificado y el virus se replica en el núcleo de las células infectadas, además de interferir en la diferenciación de estas mismas células. (Ochoa, 2013, pág. 309)

De esta forma, la replicación de los Papiloma Virus Humano se acopla al propio proceso de diferenciación celular. La consecuencia característica de la infección es la proliferación celular y la aparición de verrugas en el punto de inoculación.

Algunos tipos de Papiloma Virus Humano, muy especialmente los tipos 16 y 18, son capaces de inducir transformación oncogénica y están implicados en la producción de tumores malignos (Ayala, 2014, pág. 18)

Las principales fases de oncogénesis parten de la infección de epitelio metaplásico de la zona de transformación cervical por uno o varios tipos de VPH de alto riesgo, pasando por una fase de regresión en la mayoría de los casos, en algunos casos de persistencia viral progresan a una lesión pre maligna y finalmente en un proceso de invasión tisular, cada una de estas fases de oncogénesis del VPH van de la mano de cofactores y la respuesta inmunitaria del huésped.

EPIDEMIOLOGIA E INCIDENCIA.

La prevalencia de la infección por el virus del papiloma humano ha ocasionado un gran impacto en el mundo. Se estima un número de 291 millones de mujeres infectadas, de las cuales 105 millones son debidos al tipo 16. El VPH 16 es el más frecuente en el mundo, excepto Argelia e Indonesia donde el VPH 18 es el más frecuente. (Herrera & Cordova, 2014, pág. 23)

La mayor parte del VPH de alto riesgo oncogénico se encuentra en África y América latina con los tipos 16, 18, 31, 33, 35,45, 51, 52, 58,59. El VPH 45 tiene alta incidencia en África occidental. Los tipos 33, 39 y 59 se encuentran con mayor frecuencia en Centro América y Sudamérica. (Herrera & Cordova, 2014, pág. 23)

En 1995 Cox menciona que la incidencia del VPH disminuye con la edad y menciona que podría ser, por una menor exposición a parejas múltiples, la adquisición de una inmunidad para el VPH o influiría el tropismo celular en la expresión viral. (Herrera & Cordova, 2014, pág. 24)

ESTRUCTURA DEL VIRUS

Se sabe que está formado por una cápside icosaédrica, que alberga un genoma de ADN circular bicatenario de 8 kb, dividido en una región que no codifica ninguna

proteína o región LCR (Long Control Región), otra región que son los genes codificantes de las proteínas tempranas que van de E1 a E8, y una última región en donde se encuentran los genes codificantes de las proteínas tardías L1 y L210. (García, Moreno, & Ávalos, 2015, pág. 15)

En el caso de la transcripción y replicación del genoma viral, las secuencias reguladoras necesarias para que ocurran estos dos procesos se ubican en una región llamada URR (Upstream Regulatory Región) no codificante. Por otro lado las proteínas que van de E1 a E8 actúan como oncoproteínas capaces de inactivar a p53 y pRb(Retinoblastoma), desencadenando la proliferación descontrolada de células. (García, Moreno, & Ávalos, 2015, pág. 15)

RIESGO ONCOGÉNICO

Se clasifican en cutáneos y mucosos. Los tipos de VPH mucosos asociados con lesiones benignas (tipos 6 y 11 principalmente) son conocidos como tipos de "bajo riesgo" y se encuentra preferentemente en los condilomas acuminados, mientras que aquellos tipos asociados a lesiones malignas (tipos 16, 18, 30, 31, 33, 35, 45, 51 y 52, principalmente) son conocidos como virus de "alto riesgo". Entre ellos, los VPH 16 y 18 son los oncogénicos más comunes, que causan aproximadamente el 70 % de los cánceres cervicales en todo el mundo. (Coronel, 2014, pág. 15)

El proceso de infección ocurre fundamentalmente, a través de receptores de integrinas presentes en las células basales. Sin embargo, la infección puede ser iniciada por lesiones epiteliales pequeñas, siendo poco el acceso a las células basales donde produce un amplio espectro de cambios morfológicos una vez infestadas. Este virus tiene la capacidad de infectar epitelio estratificado plano (mucosa y piel) con una alta especificidad, y están asociados con la aparición y persistencias de neoplasias benignas y malignas produciendo la transformación e inmortalización de sus células blanco. (Arteaga, 2014, pág. 5)

La culminación del ciclo vital ocurre sólo dentro del epitelio escamoso intacto. Los genes tempranos se expresan en las capas inferiores y los tardíos en las capas más

superficiales, en sincronía con la diferenciación epitelial. La replicación vírica se completa en las capas epiteliales más superficiales. El virus del papiloma humano es un virus no cíclico, por lo que su carácter infeccioso depende de la descamación de las células infectadas. (Ayala, 2014, pág. 19)

- VIRUS DE PAPILOMA HUMANO DE BAJO RIESGO.

Se les llama a aquellos cuyo riesgo de provocar cáncer son el VPH 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57, los VPH que provocan verrugas genitales, también llamado condiloma acuminado y cresta de gallo, están en este grupo; los tipos de VPH de riesgo mínimo pueden causar cambios leves en el cuello del útero de una mujer, estos cambios no conducen al cáncer, no son perjudiciales y desaparecen con el tiempo. (Rocha, et al., pág. 246)

- VIRUS DE PAPILOMA HUMANO DE ALTO RIESGO.

Los virus de papiloma humano causan tumores, por lo general planos, casi invisibles, son los que se encuentran con mayor frecuencia asociados a los casos de cáncer de cuello uterino e incluyen: VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 58, 68 y 69. Si no son tratadas, las lesiones precancerosas pueden progresar a cáncer cervical invasor. (Rocha, et al., pág. 246)

TRANSMISIÓN

El VPH tiene distribución mundial, siendo su reservorio natural el hombre, la transmisión es por contacto directo con las lesiones, en la mayoría de las ocasiones es por contacto sexual, ya sea genital, oral o anal. Se ha descrito recientemente la posibilidad de la transmisión indirecta vía fómites, como son los objetos, juguetes sexuales o la transmisión vertical durante el periodo perinatal. Otro mecanismo de transmisión es por la iatrogenia durante la exploración ginecológica y anal con el mismo guante, así como instrumental mal esterilizado. (Oliva, 2013, pág. 5)

TIPOS DE INFECCIÓN.

- INFECCIÓN LATENTE:

Se caracteriza por la presencia del virus en las células o tejidos aparentemente normales y sin ninguna manifestación de enfermedad. Sin embargo el virus se encuentra presente y puede ser detectado por técnicas específicas como Hibridación in situ o reacción en cadena de la polimerasa (PCR). (Herrera & Cordova, 2014, pág. 25)

- INFECCIÓN SUBCLÍNICA:

Se manifiesta por cambios microscópicos en el epitelio cervical detectados en las citologías o cortes histológicos de los tejidos afectados. La presencia de VPH en este punto se puede verificar mediante el uso de un colposcopio que evidencia cambios de coloración en el cuello uterino después de aplicar una solución de ácido acético; estos cambios se asocian a la infección con VPH y una posible lesión pre maligna (Herrera & Cordova, 2014, pág. 26)

INFECCIÓN CLÍNICA:

Se manifiesta por la aparición de tumores visibles y en esta etapa podemos encontrar gran cantidad de tejido positivo para VPH. Estos virus se encuentran viables y con capacidad de infectar otros tejidos. Sin embargo, no siempre la enfermedad se manifiesta durante esta última etapa ya que varios casos llegan a permanecer en período de latencia o subclínico, tiempo durante el cual se puede adquirir un estado de resistencia o regresión de las lesiones, o bien de progresión hacia un cáncer invasor. (Herrera & Cordova, 2014, pág. 26)

INTERACCIÓN VIRUS - HUÉSPED.

En la mayoría de las ocasiones, las partículas virales en la superficie del epitelio cervical o del tracto genital inferior son eliminadas durante la descamación propia del epitelio estratificado o por los agentes de la inmunidad inespecífica como los macrófagos. El VPH es un patógeno intracelular estricto, por tanto, requiere internalizarse en la célula huésped para que se considere una infección verdadera. (Sanchez, 2012, pág. 11)

En el tercio inferior del epitelio tiene lugar la replicación de las células basales, cuya maquinaria utilizarán los VPH para su propagación. Este contacto se ve favorecido por el micro traumatismos y por las características del epitelio como son la ectopia y la metaplasia escamosa. A este nivel los agentes de inmunidad inespecífica, inflamatorios y los anticuerpos naturales, son capaces de eliminar las partículas virales que colonizan el epitelio. Una vez producida la infección de las células basales, los VPHs expresan sus genes de forma secuencial, primero los genes de expresión temprana (E1...E7) en las capas basales, que dan lugar a las proteínas E6-E7 que actúan como proteínas oncogénicas ya que bloquean a las proteínas de control celular, evitando la apoptosis. En las capas superiores, donde el epitelio es diferenciado, comienzan a expresarse los genes de las proteínas estructurales (L1 y L2) que permiten el ensamblaje viral. (Sanchez, 2012, pág. 11)

La calidad de la respuesta inmunitaria puede justificar tanto la ocasional regresión de las lesiones en un lapso aproximado de un año, como su progresión hacia formas clínicas avanzadas o con mayor tendencia a la transformación celular, como sucede en casos de inmunodepresión. (Vasquez, 2015, pág. 20)

2.3.3. FACTORES DE RIESGO

Además del genoma viral, otras condiciones que hacen que una lesión evolucione a precancerosa son: infección cervical persistente por VPH, epitelio metaplásico inmaduro del cuello uterino, múltiples parejas sexuales, inflamación crónica por otras infecciones, respuesta inmunológica deficiente del hospedero, número de embarazos, tabaquismo, administración prolongada de anticonceptivos hormonales, dieta, predisposición genética y estilo de vida. (Sotelo & Morfin, 2012, pág. 101)

El epitelio metaplásico del cuello uterino se transforma continuamente y con lentitud de inmaduro (epitelio columnar) a maduro (epitelio escamoso). El epitelio inmaduro es altamente susceptible a la infección por VPH. En la adolescencia, embarazo y puerperio, la unión escamo-columnar del cuello uterino (zona de

transformación) se desplaza caudalmente condicionando un ectropión, que favorece la infección por VPH. Para que el virus no tenga contacto con la metaplasia inmadura, se recomienda retrasar el inicio de relaciones sexuales hasta después de los 20 años. (Sotelo & Morfin, 2012, pág. 101)

En la mayoría de los individuos, resultado de una respuesta inmune deficiente, generalmente en lugares de pobreza donde existe desnutrición o mala alimentación, los adolescentes con inmunosupresión corren un riesgo especial de adquirir el VPH. Sus efectos en el sistema inmunitario aceleran la infección en el huésped y las lesiones causadas en estos pacientes son frecuentemente más difíciles de tratar, porque la persistencia y progresión son muy altas. (Hernandez, Padilla, & Quinteros, 2012, pág. 8)

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVOS.

- **Edad del primer parto:** La puerta de entrada del VPH es el epitelio erosionado, lo cual es frecuente tras los partos, pero esto sería de mayor exposición en menores de 16 años, donde el epitelio está en fase de transición y por lo tanto será más susceptible a las lesiones. (Herrera & Cordova, 2014, pág. 16)

- **Paridad:** “Las mujeres portadoras del ADN del VPH, con 7 o más embarazos a término, tienen riesgo de padecer la enfermedad 4 veces más que mujeres nulíparas o con menor número de hijos” (Arteaga, 2014).

La elevada paridad se ha asociado como factor de riesgo de VPH determinado por factores hormonales, nutricionales, traumáticos e inmunológicos: mantiene la zona de transformación hacia el exocervix por más tiempo, facilitando la exposición directa al VPH. (Agüero, Castillo, & Gonzales, 2012, pág. 91)

Además, Sethi y col. describieron que los cambios hormonales inducidos por el embarazo (elevados niveles de estrógeno y progesterona) pueden modular la respuesta inmune responsable de la persistencia o progresión del VPH, por otro lado, durante el embarazo ocurre una cierta depresión de los niveles de folato lo

cual se ha relacionado con el aumento de riesgo de aparición de la enfermedad en multípara. (Agüero, Castillo, & Gonzales, 2012, pág. 91)

- **Número de Partos Vaginales:** Las teorías que se plantean son que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones coitales sin protección para quedar embarazadas, por ende tuvieron una mayor exposición al VPH. Además, los cambios hormonales durante el embarazo y un sistema inmunológico debilitado por el mismo, podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH. (Yalico, 2016)

- **Uso prolongado de Métodos Anticonceptivos Hormonales:** La infección por virus del papiloma humano (VPH) se exagera más en pacientes que utilizan píldoras anticonceptivas desde edades tempranas, ya que están expuestos a cambios fisiológicos y anatómicos patológicos en la mucosa del útero, afecta al sistema inmunológico, desencadenando cambios en la citología predisponiendo a Cáncer de cérvix. (Herrera & Cordova, 2014, pág. 34)

El consumo de contraceptivos hormonales durante cinco o 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. (Sanchez, 2012, pág. 16)

Métodos de Barrera. “Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH” (Payan, 2013, pág. 5).

FACTORES SEXUALES.

Edad de inicio de relaciones sexuales: 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. (Sanchez, 2012, págs. 9-10)

Al empezar una vida sexual activa antes de los 20 años tienen mayor actividad sexual y por consiguiente más tiempo de exposición y probabilidades de estar en contacto con diferentes tipos de virus del papiloma o bien tener mayor cantidad de inóculo. (Hernandez, Padilla, & Quinteros, 2012, pág. 5)

Número de parejas sexuales: Mongrout Andrés citado por Yalico (2016) manifiesta que: “El número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por la variación, ni la frecuencia con que se practica el coito; sino porque la promiscuidad tiene el antecedente y el alto riesgo de contraer las enfermedades de transmisión sexual, cuya etiología participan virus oncógenos.”

Antecedentes de infecciones recurrentes: Herrera & Córdova (2014) hacen mención en cuanto al problema que genera cada episodio infeccioso recurrente; las mujeres son más susceptibles a sufrir una infección por un germen patógeno cuando han tenido antecedentes de varios episodios de infección urinaria.

La coinfección con otras enfermedades de transmisión sexual (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, herpes tipo 2) consecuencia de la promiscuidad ocasiona inflamación crónica que interfiere con la respuesta inmunitaria cervical, favorece la adquisición y la persistencia del VPH. Así, las coinfecciones tienen un efecto patológico sinérgico para la infección y persistencia de VPH. (Sotelo & Morfin, 2012, pág. 101)

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VPH.

“Grado de información (alto, medio y bajo) que tiene la usuaria sobre el VPH, forma de contagio, factores de riesgo para la infección, complicaciones, diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas para evitar la infección” (Valdez, 2015, pág. 25).

2.3.4. MUJERES EN EDAD FÉRTIL.

Se entiende por edad fértil en una mujer, al período de tiempo donde está propensa a quedar embarazada. “Las mujeres en edad fértil oscilan entre los 15 a 49 años de edad constituyendo la cuarta parte de la población total del país” (Organización Mundial de la Salud, 2013). Obviamente este patrón no rige para todas las mujeres ya que unas pueden iniciar la menarquía antes de los 15 años y finalizar con la menopausia después de los 49 años.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS.

El presente trabajo de investigación se realizó en el servicio de Obstetricia y en el Laboratorio de Citología del Centro de Salud Morro Solar – Jaén, durante los meses Agosto-Noviembre de 2017.

HIPÓTESIS:

El grado de lesiones cervicouterinas causadas por *Virus del Papiloma humano* están relacionadas a factores reproductivos, factores sexuales y nivel de conocimiento.

VARIABLES:

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Factores reproductivos.
- Factores sexuales.
- Nivel de conocimiento.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Lesiones cervicouterinas causadas por infección de *Virus del Papiloma humano*.

3.1. MATERIALES Y EQUIPOS:

3.1.1. MATERIALES

Papel Toalla

Lápiz con punta de diamante

Canastillas porta láminas.

Cubetas de Vidrio

Vagueta

Reactivos de coloración Papanicolaou:

- Hematoxilina de Harris
- Ácido Clorhídrico 0,5%
- Alcohol de 96 %
- Orange G
- Agua Amoniacal
- Eosina Acida
- Nuclear
- Alcohol absoluto
- Bálsamo de Canadá (Resina para montaje)

3.1.2. EQUIPOS

Microscopio óptico

3.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

3.2.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo:

En la investigación se describió el grado de lesiones cervicouterinas en mujeres de 20-49 años de edad que se realizaron examen Papanicolaou en el Centro de Salud Morro Solar – Jaén durante los meses Agosto – Noviembre de 2017.

Investigación Correlacional - Causal: En la presente investigación se identificó la relación de factores de riesgo (factores sexuales, reproductivos, nivel de

conocimiento) con el grado de lesiones cervicouterinas por VPH. Los resultados obtenidos indicaron correlación entre las variables en estudio.

3.2.2. DISEÑO DE ESTUDIO:

Transversal: El estudio se realizó en una población definida durante los meses Agosto – Noviembre del año 2017.

3.3. POBLACIÓN

9459 pacientes mujeres entre 20-49 años de edad que se atienden en Centro de Salud Morro Solar-Jaén. 2017. (Fuente: EESS 2017 del Centro de Salud Morro Solar-Jaén).

3.4. MUESTRA.

La muestra se determinó con la fórmula de proporciones finitas, mediante la cual se obtuvo una muestra de 370 mujeres de 20 – 49 años de edad que se realizaron examen citológico Papanicolaou en el Centro de Salud Morro Solar - Jaén, en los meses de agosto a Noviembre del 2017.

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

N = Población de estudio. N= 9459

Z = Valor de Z para la seguridad o nivel de confianza. Z = 1,96 (95%)

p = Proporción (prevalencia) de la variable. p = 0,5.

q = 1 – p.

e = Error muestral (0.05). Precisión depende del Investigador.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mujeres de 20- 49 años que se realizaron prueba de Papanicolaou (PAP) en el Centro de Salud Morro Solar-Jaén durante los meses Agosto –Noviembre, 2017.

- Resultado Papanicolaou con interpretación de lesiones cervicouterinas asociadas a VPH utilizando el Sistema Bethesda.
- Pacientes mujeres de 20- 49 años que pertenecen a la Micro Red Morro Solar-Jaén.

Criterios de exclusión:

- Pacientes mujeres que acudieron al Centro de Salud Morro Solar-Jaén con edad fuera del rango etario determinado para la investigación. (20-49 años de edad)
- Resultado PAP con interpretación “negativo para lesión intraepitelial o malignidad, otros cambios morfológicos compatibles con infección por Herpes virus, cambios reactivos secundarios a inflamación, atrofia, etc”.
- Pacientes mujeres de 20- 49 años que no pertenecen a la Micro Red Morro Solar-Jaén.

3.4.1. MUESTRA BIOLÓGICA

Estuvo constituida por muestras de células del cuello uterino de mujeres de 20 – 49 años de edad que se realizaron examen citológico PAP en el Centro de Salud Morro Solar-Jaén, en los meses de Agosto a Noviembre del 2017.

3.4.2. GRUPO DE ESTUDIO.

Para analizar la correlación de variables se tomó en cuenta los criterios de exclusión e inclusión, tomando en cuenta a las pacientes que presentaron lesiones cervicouterinas por VPH.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

3.5.1. ENCUESTA

Para identificar los factores de riesgo en estudio se utilizó como instrumento dos cuestionarios, el primer cuestionario (ANEXO N°02) para identificar factores sexuales, reproductivos y un test (ANEXO N°03) como complemento para poder medir el nivel de conocimiento, datos que fueron recolectados mediante la técnica de la encuesta, aplicada a mujeres de 20 -49 años que se realizaron examen Papanicolaou en el servicio de obstetricia del CSMSJ. Para medir la confiabilidad

del instrumento se utilizó una muestra piloto de $n = 15$ mujeres de 20 -49 años de edad, con las mismas características de los sujetos en quienes se realizó la investigación; se usó la formula alfa de CRONBACH, para determinar la confiabilidad del cuestionario obteniéndose un valor de 0.80.

- **Consentimiento informado:** previa aplicación de la encuesta se explicó a las mujeres en estudio la importancia y objeto del estudio para que así accedieran a la encuesta, se les indico que la encuesta es de carácter confidencial, anónimo y voluntario y que los datos obtenidos serán de uso exclusivo para el trabajo de investigación. (ANEXO N°04).

3.6.PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

3.6.1.PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA.

El procesamiento de las muestra Papanicolaou se realizó de acuerdo al “Manual de procedimientos para el diagnóstico en citología cérvico uterina” del INS obtenido de los archivos del laboratorio de Citologia del Centro Salud Morro Solar-Jaén.

- **Proceso de recepción e identificación de las muestras**

Se recepciono las muestras en el Laboratorio de Citología, estas se ingresaron al registro de muestras papanicolaou registrando los datos de las pacientes. A continuación se tomaron los exámenes, se reviso que la cantidad entregada coincida con lo recibido y se identificó la unidad muestra-solicitud revisando que cada solicitud traiga la muestra rotulada de forma clara y legible y que los portaobjetos vengán adjuntos a la ficha que le corresponde. Luego se procedio a foliar las solicitudes de examen con un código único para que ingresen al sistema de almacenamiento de datos. Luego de que las muestras fueron recibidas e identificadas se rotularon con lapiz punta diamante.

- **Proceso de coloración Papanicolaou**

- Sumergir la canastilla con las láminas de muestras Papanicolaou en alcohol corriente al 96% por 5 minutos.

- Lavar con abundante agua de caño.
Luego sumergir en:
- Hematoxilina por 7 minutos.
- Lavar con abundante agua de caño.
- Sumergir en solución acuosa de HCL al 0,5% de 1 a 4 veces hasta que empiece a cambiar de color.
- Lavar con abundante agua de caño.
- Sumergir en agua amoniacal al 0,5%.
Lavar con abundante agua de caño. Secar cuidadosamente el exceso de agua con gasa por los bordes sin tocar el frotis, luego sumergir en:
- Alcohol corriente al 96% por 10 segundos.
- Orange G por 2 minutos.
- Alcohol corriente al 96% por 5 segundos
- Alcohol corriente al 96% por 5 segundos
- Eosina acida por 2 minutos.
Luego deshidratar sucesivamente en:
- Alcohol corriente al 96% por 5 segundos.
- Alcohol corriente al 96% por 5 segundos.
- Alcohol absoluto por 10 segundos.
- Alcohol absoluto por 10 segundos.
Luego sumergir sucesivamente en:
- Neoclear por 10 segundos.
- Neoclear por 10 segundos.
- Neoclear por 10 segundos.

Principio del método

La coloración de Papanicolaou es un método basado en la diferenciación de color de los diversos componentes celulares, se aplica a los diversos tipos celulares para el diagnóstico de cambios malignos y la tipificación celular. Los núcleos son coloreados con la Hematoxilina de Harris (coloración básica), el citoplasma con un colorante de naturaleza alcohólica y policromática: coloración de Eosina (coloración ácida); y la queratina citoplasmática, cuando está presente, se colorea con Orange G. El ácido Fosfotúngstico presente en la solución de la Eosina determina el color del citoplasma. (Manual de procedimientos para diagnóstico en citología cervico vaginal-Instituto Nacional de Salud, Obtenido del CSMSJ)

- **Montaje de muestra Papanicolaou**

Para el montaje sobre la lámina portaobjeto, aún húmeda, se usó unas gotas de M – Glass extendiéndolo de manera uniforme con ayuda de una vagueta, este tipo de reactivo nos da la longitud adecuada para la lectura de muestras en seco, haciendo innecesario el uso de la lámina cubre objeto.

- **Lectura e interpretación de las muestras de citología cervical**

Una vez procesada la muestra se realizó observación microscópica para la realización de la lectura e interpretación, donde se pudo distinguir entre los frotis inadecuados, insatisfactorios, negativos y los anormales. La interpretación se realizó de acuerdo a la clasificación Sistema Bethesda (Anexo N° 05)

Resultado: Finalmente se ingresó el diagnóstico de cada paciente en un formato y en el libro de registro.

3.6.2. ANÁLISIS:

Los datos que se recolectaron de factores de riesgo como edad, factores sexuales, factores reproductivos y nivel de conocimiento de las mujeres evaluadas fueron tabulados por medio del programa de informática Microsoft Office Excel 2013 y en el paquete estadístico del programa estadístico SPSS versión 22 utilizando la estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes para el análisis univariado y bivariado, para luego realizar la explicación e interpretación de los resultados, los mismos que sirvieron de base para la elaboración de discusión, conclusiones y recomendaciones.

CHI-CUADRADO

Chi-Cuadrado (X^2) es el nombre de una prueba de hipótesis que determina si dos variables están relacionadas o no, en este estudio se utilizó para determinar la relación entre el grado de lesiones cervicouterinas por VPH y los factores de riesgo, considerando que hay relación si el margen o posibilidad de error es menor al 5 por ciento ($p < 0.05$).

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Para la recolección de la información se manejaron códigos respetando el anonimato de las usuarias participantes, además para avalar la participación voluntaria de las usuarias se procedió a solicitar la firma del consentimiento informado (Anexo N°04). Los datos obtenidos se mantuvieron en absoluta confidencialidad y han sido utilizados sólo para los fines de la presente investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.RESULTADOS

Del total de 370 mujeres de 20-49 años que se realizaron examen Papanicolaou entre los meses de Agosto – Noviembre de 2017 en el Centro de Salud Morro Solar – Jaén, 25 (6,8%) presentaron alteraciones citológicas asociadas a Virus de Papiloma humano (Cuadro N° 01).

Se identificó como grupo de estudio a las 25 pacientes con resultado de Papanicolaou con lesiones cervicouterinas por VPH, se tomó en cuenta las variables de factores de riesgo: factores reproductivos, sexuales y nivel de conocimiento.

De las 25 mujeres con resultado positivo a lesiones cervicouterinas asociadas a VPH, 21(84%) presentan displasia leve clasificada como lesión de bajo grado, 4 (16%) presentan displasia moderada considerada dentro de las lesiones de alto grado (Figura N° 01) según la clasificación del Sistema Bethesda.

En el estudio de los factores reproductivos y las lesiones Cervicouterinas por *Virus Papiloma Humano* (Cuadro N°02) de total de mujeres con lesión de bajo grado 38.1% uso anticonceptivo oral, 52.4% uso anticonceptivos hormonales prolongadamente. Por otro lado del total de mujeres con lesiones cervicouterinas por VPH 40 % tuvo de 2-3 partos; 92% de tuvieron su primer parto antes de los 21 años.

En el Cuadro N°03 se aprecia que del 100% de pacientes con lesión de bajo grado y alto grado 90,5% y 50% tuvieron antecedentes de Infecciones urinarias recurrentes respectivamente. Asimismo, del total de pacientes con lesión de bajo grado 52,4% iniciaron su vida sexual de 16 a 19 años; y los que presentan displasia moderada 100% iniciaron su vida sexual antes de los 15 años, se encontró relación estadística entre el inicio

de vida sexual y la presencia de lesión. Del total de pacientes el 38,1% y 50% con displasia leve y moderada respectivamente tuvieron más de tres parejas sexuales.

En la Figura N°02 se aprecian los porcentajes de las respuestas de las mujeres sobre el tema, desglosadas a partir de las preguntas del test de nivel de conocimiento. En el nivel de conocimientos se observó la siguiente clasificación: 76% tuvo un nivel de conocimientos bajo, 24% medio y 0% alto.

Cuadro N°0 1.

Total de Exámenes Papanicolaou realizados a mujeres de 20 -49 años de edad en el Centro de Salud Morro Solar-Jaén, Agosto-Noviembre, 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
(*) Otros resultados	345	93,2
Lesión de bajo grado (Displasia leve)	21	5,7
Lesión de alto grado (Displasia moderada)	4	1,1
Total	370	100

Nota: *Negativo para células neoplásicas, lesiones cervicouterinas sin VPH, cambios benignos, inflamación, microorganismos, cáncer in situ, carcinoma invasor.

FUENTE: Resultados Papanicolaou del Centro de Salud Morro Salud Jaén de los meses Agosto-Noviembre del 2017.

ANÁLISIS: Del cuadro se aprecia que del total de pacientes evaluadas 5,7% presentaron lesiones cervicouterinas de bajo grado (displasia leve) y 1,1% presentaron lesiones cervicouterinas de alto grado (displasia moderada). 93,2% no tuvieron como resultado lesiones cervicouterinas por VPH.

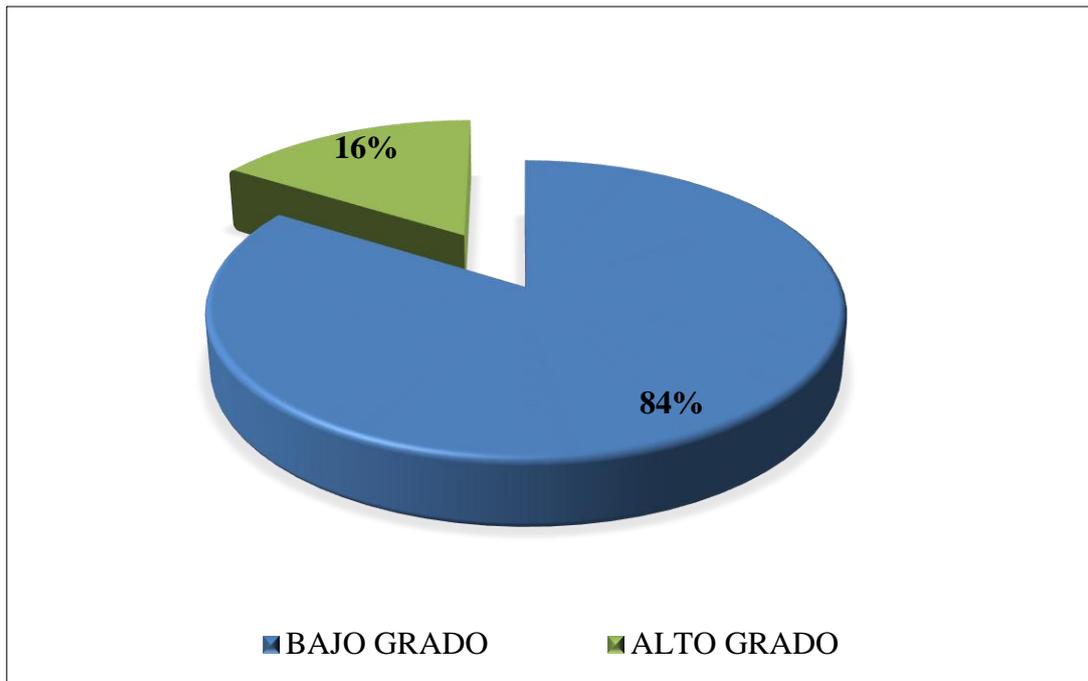


Figura N°0 1. Grado de lesiones cervicouterinas causadas por Virus Papiloma humano, Centro de Salud Morro Solar - Jaen, Agosto-Noviembre 2017. Fuente: Resultados Papanicolaou.

ANÁLISIS: En el Centro de salud Morro Solar de las 25 mujeres que si corresponden resultado Papanicolaou con lesiones cervicouterinas por VPH, 84%(21) y 16% (4) presentaron lesión cervicouterinas de bajo y alto grado respectivamente.

Cuadro N°0 2.

Grado de lesión Cervicouterinas causadas por Virus del Papiloma humano según factores reproductivos, Centro Salud Morro Solar-Jaén, Agosto – Noviembre 2017.

FACTORES REPRODUCTIVOS	LESIONES CERVICOUTERINAS POR VPH						Valor p
	BAJO GRADO		ALTO GRADO		TOTAL		
	n	%	n	%	n	%	
MÉTODO ANTICONCEPTIVO							
Ninguno	4	19.0	4	100	8	32	X ² :10,1 p: 0,02 (*)
Preservativo	0	0	0	0	0	0	
Método del ritmo	4	19.0	0	0	4	16	
DIU	0	0	0	0	0	0	
Anticonceptivo Oral	8	38.1	0	0	8	32	
Inyectable Hormonal	5	23.8	0	0	5	20	
USO PROLONGADO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES							
Si	11	52,4	0	0	11	44	X ² :3,7 p: 0,05(*)
No	10	47,6	4	100	14	56	
PARIDAD							
Nulípara	0	0	0	0	0	0	X ² :2,0 p: 0,6
Primípara	9	42.9	1	25	10	40	
2 Partos	4	19.0	2	50	6	24	
3 Partos	6	28.6	1	25	7	28	
Múltipara	2	9.5	0	0	2	8	
CANTIDAD DE PARTOS VAGINALES							
Ninguno	3	14.3	1	25	4	16	X ² :1,1 p:0,8
1 parto	7	33.3	2	50	9	36	
2-3 partos	9	42.9	1	25	10	40	
4-5 partos	2	9.5	0	0	2	8	
EDAD DEL PRIMER PARTO							
Menor de 15 años	5	23.8	0	0	5	20	X ² :1,9 p: 0,39
16-21 años	14	66.7	4	100	18	72	
22-30 años	2	9.5	0	0	2	8	
31-39 años	0	0	0	0	0	0	
Total	21	100	4	100	25	100	

Nota: (*) Existe relación estadística entre las variables ya que el valor de $p < 0,05$.

FUENTE: Encuesta aplicada por la tesista.

ANÁLISIS: Se aprecia que del total de pacientes que presentan lesiones cervicouterinas asociadas a VPH en cuanto al método anticonceptivo ($p=0,02$) 32% uso anticonceptivo oral y 20% Inyección hormonal, 44% de las mujeres en estudio usaron anticonceptivos hormonales prolongadamente, habiéndose encontrado una correlación significativa entre las variables.

Cuadro N° 03.**Grado de lesiones cervicouterinas causadas por Virus del Papiloma humano según Factores Sexuales, Centro De Salud Morro Solar-Jaén, Agosto – Noviembre 2017.**

Factores Sexuales	Lesión Cervicouterinas				Total		Valor p
	Bajo Grado		Alto Grado		n	%	
	N	%	n	%			
Antecedentes de Infecciones recurrentes							
No	2	9,5	2	50	4	16	X ² : 4,0 p: 0,04(*)
Si	19	90,5	2	50	21	84	
Edad de inicio de vida sexual							
Menor o igual 15 años	6	28,6	4	100	10	40	X ² : 7,1 p: 0,03(*)
16-19 años	11	52,4	0	0	11	44	
Mayor o igual a 20 años	4	19	0	0	4	16	
Número de parejas sexuales							
1 Pareja	7	28,6	2	50	8	32	X ² :1,5 p: 0,5
2 parejas	6	33,3	0	0	7	28	
3 a más Parejas	8	38,1	2	50	10	40	
Total	21	100	4	100	25	100	

Nota: (*) Existe relación entre las variables ya que el valor de $p < 0,05$.

FUENTE: Encuesta de factores de riesgo asociados a la presencia de lesiones cervicouterinas por VPH en mujeres de 20-49 años del Centro de Salud Morro Solar – Jaén aplicada por la tesista.

ANÁLISIS: En cuanto a la cantidad de parejas sexuales como factor sexual, no se encontro asociacion estadística($p=0,4$), a diferencia de las infecciones recurrentes($p=0,04$) y edad de inicio de vida sexual($0,03$) que si presentan relacion estadística.

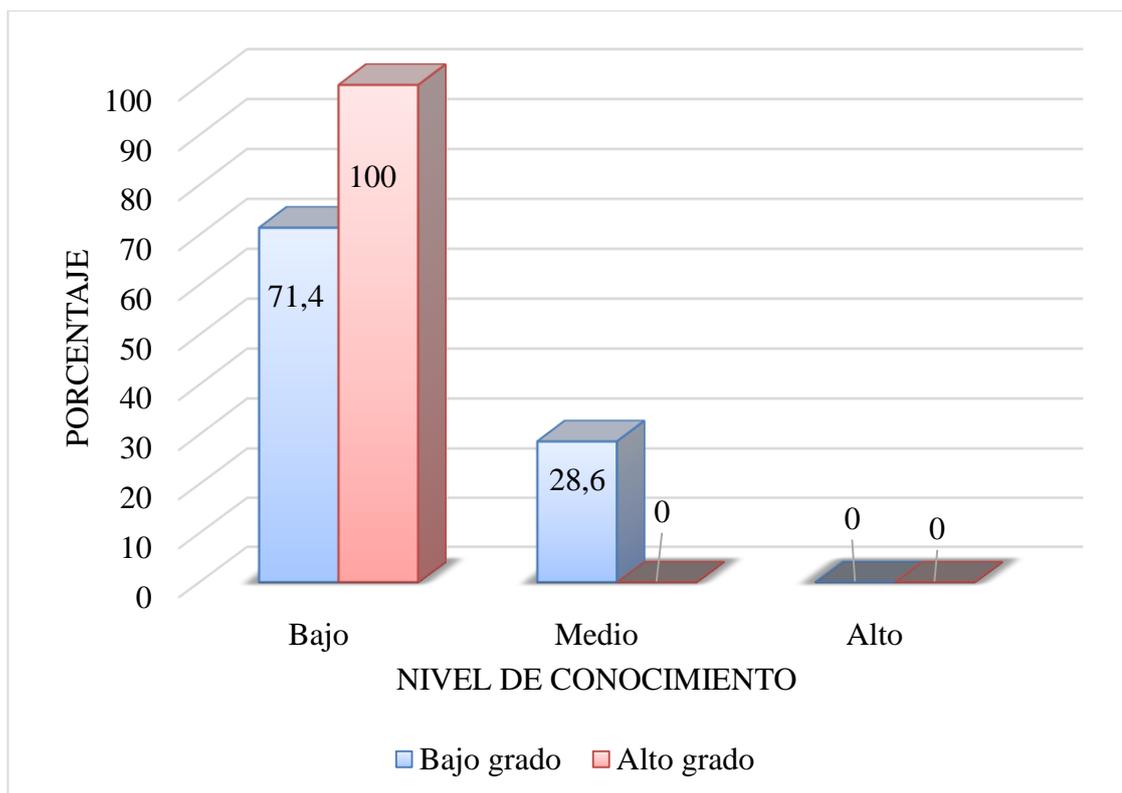


Figura N° 2. Grado de lesión Cervicouterinas causadas por Virus del Papiloma Humano según nivel conocimiento, Centro De Salud Morro Solar-Jaén, Agosto – Noviembre 2017. FUENTE: Encuesta aplicada por la tesista.

ANÁLISIS: En la Figura N° 02 se observa que en su mayoría el nivel de conocimiento obtenido en las mujeres respecto al *Virus Papiloma humano* es “Bajo” con 76 % (n=19), en su mayoría desconocen del tema.

4.2. DISCUSIÓN

En el estudio realizado se obtuvo que la mayoría 84 % de las mujeres en estudio presentan lesiones cervicouterinas de bajo grado asociadas a *Virus Papiloma Humano*.

La frecuencia para lesiones cervicouterinas por VPH es del 7% este resultado se aproxima a un estudio nacional, realizado por Guerrero (2014) obtuvo 8,4% en un estudio de población general, en mujeres en edad fértil asintomáticas.

En el presente estudio con respecto al método anticonceptivo se obtuvo que ninguna de las mujeres que presenta lesión cervicouterinas por VPH ha usado métodos de barrera como el preservativo, asumiendo el criterio de la anticoncepción, mas no de protección frente a la infección por VPH, con este resultado se evidencia que las parejas sexuales de las mujeres encuestadas no utilizan preservativo, dato que coincide con (Herrera & Cordova, 2014).

En el estudio se obtuvo que el 44% de mujeres que presentan lesión cervicouterinas por VPH han hecho uso prolongado de anticonceptivos hormonales; (Sanchez, 2012) tuvo como resultado que el 34,2% de las pacientes utilizaban anticonceptivos hormonales. Por tanto, el porcentaje de mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales es casi un 10% mayor en nuestra muestra que en la media obtenida en dicho estudio. Sánchez cito las investigaciones de Moreno y Marcks quienes confirman que el uso a largo plazo de anticonceptivos hormonales es un factor que favorece la infección por VPH, debido a la alteración hormonal.

(Oliva, 2013) Confirma una asociación positiva que se comporta de forma lineal, a mayor número de embarazos a término, mayor es el riesgo. Este factor junto con el uso de anticonceptivos hormonales, sugieren una asociación positiva entre VPH y hormonas esteroideas.

Con respecto a los factores sexuales en el grupo con diagnóstico de lesiones cervicouterinas por VPH se encontró que el 84% de las pacientes tiene antecedentes de infecciones urinarias recurrentes, los resultados son estadísticamente significativos por lo que se ha establecido como factor asociado a riesgo; (Herrera & Cordova, 2014)

evidenciaron que el 73,3% de las mujeres en su estudio si han tenido Infecciones urinarias recurrentes, corroborando lo obtenido en este estudio.

La edad de inicio de las relaciones sexuales cobra mayor peso relativo ya que en nuestro estudio las mujeres que iniciaron antes de los 15 años presentan lesiones de alto grado; de esta manera se confirma los resultados de (Ajalcriña, 2015) donde se indica que 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. Estos resultados son similares a la investigación de (Coronel, 2014), (Ayala, 2014) y (Lazo & Aguilar, 2012) quienes encontraron que la infección por VPH es elevada y se asocia con el inicio de vida sexual.

También se encontró que del total de pacientes con lesión de bajo grado 38,1% y 50% con lesión de alto grado tuvieron más de tres parejas si bien es cierto no hemos obtenido relación estadísticamente significativa pero se observa que cuanto mayor cantidad de parejas sexuales, el porcentaje de mujeres con lesiones cervicouterinas por VPH es mayor, resultados que son similares a las investigaciones de (Ayala, 2014) quien encontró como un principal factor de riesgo a las pacientes que tienen más de una pareja sexual. El número de parejas sexuales, no es más que el reflejo de la probabilidad de exposición al VPH 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.

(Sanchez, 2012) El riesgo de infectarse por el VPH está relacionado con el comportamiento sexual: edad del primer coito, número de compañeros sexuales y relaciones sexuales con compañeros que tienen o han tenido múltiples parejas sexuales, resultados que en nuestro estudio se vuelven a confirmar.

En cuanto al nivel de conocimiento frente al *Virus de Papiloma humano*, el 76% tiene un bajo nivel de conocimiento, mientras que las mujeres que tuvieron un nivel de conocimiento medio fueron de un 24%. Teniendo en cuenta que el grado de lesión es más elevado en las mujeres que tuvieron conocimientos bajos, se asocia como un factor de riesgo, lo cual se puede deber a la poca información que reciben por parte del

personal de salud respecto al *Virus De Papiloma humano*. Del tema (Hernandez, Padilla, & Quinteros, 2012) afirma que queda demostrado que la baja escolaridad en los adolescentes crea falta de conocimientos y oportunidades para combatir los riesgos y consecuencias generados al contagiarse por el VPH, aunado a las pocas visitas que realizan a los centros e instituciones de salud y la precaria información acerca de las medidas preventivas necesarias para aplicarlas a sus experiencias sexuales.

Finalmente se acepta la hipótesis de que los factores de riesgo sexual en cuanto a antecedentes de infecciones recurrentes, edad de inicio de la actividad sexual; factores reproductivos en cuanto a método anticonceptivo, uso prolongado de anticonceptivos hormonales y además el nivel de conocimiento influyen significativamente en el grado de lesiones cervicouterinas por VPH en las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morro Solar-Jaén, Agosto-Noviembre del 2017.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Una vez concluido el análisis e interpretación de los resultados, tomando en cuenta la metodología aplicada se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Se determinó que la frecuencia de lesiones cervicouterinas por VPH es del 7%; Es decir que por cada cien mujeres atendidas en el Centro de Salud Morro- Solar – Jaén, 7 presentan lesiones cervicouterinas por VPH denotando la complejidad y magnitud de la problemática ya que entre estas se encuentran mujeres jóvenes adultas.
2. El 84% de lesiones cervicouterinas por VPH encontradas en mujeres entre 20- 49 años de edad atendidas en el Centro de Salud Morro Solar – Jaén son de bajo grado y el 16 % de alto grado.
3. Los factores reproductivos que se encuentran relacionados directa y significativamente con el grado de lesiones cervicouterinas causadas por VPH en mujeres entre 20- 49 años de edad atendidas en el Centro de Salud Morro Solar – Jaén.
4. La lesiones cervicouterinas causadas por *Virus del Papiloma Humano* en mujeres entre 20 - 49 años asociadas a factores sexuales, la edad de inicio de actividad sexual fue el más relevante ya que el su mayoría las mujeres iniciaron a temprana edad, determinando al mismo como un factor de riesgo importante para el grado de lesiones cervicouterinas causadas por VPH.
5. La mayoría de las mujeres que presentan lesión cervicouterinas por VPH no tiene conocimiento acerca del Virus Papiloma humano, siendo un factor muy relevante que de una u otra forma va a intervenir en la incidencia de la enfermedad.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere implementar como parte de la rutina diaria de la consulta externa y de los programas de Crecimiento y Desarrollo, Planificación familiar, Salud reproductiva y Control Prenatal, la educación e inducción a toda mujer en edad reproductiva para la toma de citología cervicouterina de los programas de tamizaje pudiendo integrarse mejor a los programas de tratamiento y seguimiento, diseñados para responder a las necesidades de las mujeres del Centro de Salud Morro Solar-Jaén.

2. Implementar en el Centro de Salud Morro Solar Jaén la introducción de sesiones educativas no superior de cinco minutos con énfasis en la prevención de la enfermedad y la toma de la citología, en todas las áreas de consulta, sala de espera e incluir en todos los eventos de participación del Centro de Salud.

3. Realizar un estudio tomando como población a las mujeres de la ciudad de Jaén, en general a las que tienen entre 25-49 años, ya que de acuerdo a nuestro estudio, las mujeres no presentan lesiones antes de los 25 años.

4. En futuras investigaciones se debe considerar detectar los serotipos del VPH que están afectando mayormente a la población.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüero, A., Castillo, K., & Gonzales, M. (Junio de 2012). Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres menores de 25 años y mayores de 45. *Revista Ginecología y Obstetricia de Venezuela*, 72(2), 89-102. Recuperado el 28 de Noviembre de 2016, de https://www.researchgate.net/profile/Yoeli_Mendez/publication/260576205_Consideraciones_bioeticas_biojuridicas_y_sociales_sobre_la_aplicacion_del_diagnostico_genetico_preimplantacional/links/00b495319c8cedd757000000.pdf#page=21
- Ajalcríña, A. (2015). *Factores de riesgo en mujeres con y sin diagnóstico de Virus Papiloma Humano atendidas en Onco Prev Internacional Distrito de San Isidro-Lima 2015*. Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería, Lima. Recuperado el 28 de Marzo de 2017, de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2295/3/ajalcrina_a.pdf
- Ango, E., & Valencia, N. (2014). *Incidencia de Lesión Intraepitelial Escamosa De Bajo Grado (LIEBG) por Virus De Papiloma Humano (VPH) en el servicio de ginecología consulta externa del Hospital San Luis De Otavalo, en el período Enero - Agosto 2013*. Tesis de Pregrado, Universidad Central del Ecuador, Carrera de Obstetricia, Quito. Recuperado el 10 de Noviembre de 2016, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4435>
- Arteaga, J. R. (2014). *Detección molecular de regiones oncogénicas E6 y E7 de Virus del Papiloma Humano mediante PCR en pacientes Papanicolaou negativo del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de La Libertad*. Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Ciencias Biológicas, Lima. Recuperado el 12 de Enero de 2017, de <http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/handle/UNITRU/4261>
- Ayala, V. (2014). *Prevalencia del Virus de Papiloma Humano en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Teófilo Dávila. Machala 2013*. Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Machala, Unidad Académica de Ciencias Química y de la Salud, Machala.

- Recuperado el 11 de Noviembre de 2016, de Repositorio Universidad Tecnica de Machala: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/752>
- Bustamante, G. M., Tenahua, I., Martinez, A., & López, Y. (2015). Conocimiento y prácticas de prevención sobre el virus del papiloma humano (VPH) en universitarios de la Sierra Sur, Oaxaca. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(4), 369-376. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i4.11406>
- Callejas, D. E. (2011). *Caracterizacion de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino con displasias de cervix*. Tesis Doctoral, Universidad de Alcalá, Departamento de Medicina, Alcalá. Recuperado el 19 de Mayo de 2017, de <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/14301/Tesis%20Doctoral%20Diana%20Callejas.pdf?sequence=1>
- Cardona, J., Puerta, J., & Flores, J. (2011). Prevalencia del virus papiloma humano y sus factores de riesgo en hombres: revision sistematica. *Asociación Colombiana de Infectología*, 15(4), 268-276. Recuperado el 2 de Diciembre de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v15n4/v15n4a09.pdf>
- Coronel, V. (2014). *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*. Tesis de Pregrado, Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Medicas, Cuenca. Recuperado el 6 de Noviembre de 2016, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20238>
- Diresa Cajamarca. (23 de Diciembre de 2017). *Boletín epidemiológico 2017*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2017, de [Diresacajamarca.gob.pe](http://www.diresacajamarca.gob.pe): <http://www.diresacajamarca.gob.pe/sites/default/files/boletines/documentos/BOLETIN%20SE-22-2017%20Cajamarca.pdf>
- Estrada, L. E. (2012). Sistema Bethesda, diez años despues. *Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior*, 3(6), 6. Recuperado el 28 de Noviembre de 2016, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2012/tgi126c.pdf>
- García, K., Moreno, J., & Ávalos, H. (2015). Relacion de la respuesta inmune en la infeccion por VPH para el desarrollo de Cancer Cervicouterino. *Revista Medico Cientifica*, 28(2), 14-20. Recuperado el 5 de Abril de 2017, de <http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/412>
- Gonzales, A. R. (2015). *Virus Papiloma Humano y Lesiones Displasiacas del Cuello Uterino: Estudio Epidemiologico tras tratamiento Quirurgico*. Tesis doctoral,

- Universidad de Leon, Departamento de Medicina, Cirugia y Anatomia Veterinaria, Leon. Recuperado el 28 de Junio de 2017, de https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/5192/tesis_195f97.PDF?sequence=1
- Hernandez, L., Padilla, S., & Quinteros, M. (1 de Setiembre de 2012). Factores de riesgo en adolescentes para contraer el Virus Papiloma Humano. *Revista Digital Universitaria*, 13(9), 1-16. Recuperado el 5 de Abril de 2017, de <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/art96.pdf>
- Herrera, J., & Cordova, M. (2014). *Prevalencia Y Factores Asociados A Infección Por Virus Del Papiloma Humano En Mujeres Del Hospital Teodoro Maldonado Carbo En El Período Marzo-Agosto Del 2014*. Tesis de pregrado, Universidad Catolica de Cuenca, Facultad de Medicina, Cuenca. Recuperado el 03 de Abril de 2017, de <http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/5661/1/9BT2014-MTI3-Prevalencia%20y%20factores%20asociados%20a%20infecci%C3%B3n%20por%20virus%20del%20papiloma%20humano%20en%20mujeres%20del%20hospital.pdf>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasicas. (16 de Noviembre de 2015). *Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasicas*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2016, de Inen.pe: <http://www.inen.sld.pe/portal/informacion-especializada.html>
- Lacruz, C., & Fariña, J. (2003). *Ctologia ginecologica de Papanicolaou a Bethesda*. Complutence. Recuperado el 15 de Noviembre de 2017, de https://books.google.com.pe/books?id=hR_d-wt85LcC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
- Lazo, E. F., & Aguilar, F. L. (2012). *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*. Tesis para obtener el titulo profesional de Obstetra, Universidad Nacional de San Martin , Ciencias de la salud, Tarapoto. Recuperado el 30 de Junio de 2017, de http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_82_Binder1.pdf
- Moreno, A. (2014). *Infección por el virus del papiloma humano en mujeres con lesión intraepitelial cervical*. Tesis de grado, Universidad de Murcia, Departamento de Genetica y Microbiologia, Murcia. Recuperado el 20 de Abril de 2017, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=96872>
- Nayar, R., & Wilbur, D. (2015). *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology* (Tercera ed.). Editorial Journal. doi:978-3-319-11073-8

- Nuñez, C. (2011). Tamizaje Cervico Uterino usando Papanicolaou en mujeres de barrios marginales de la region Loreto. *Ciencia Amazonica (Iquitos)*, 1(1), 60-72.
doi:<http://dx.doi.org/10.22386/ca.v1i1.1>
- Nuñez, M. D. (2015). Virus Papiloma Humano en mujeres de 30 a 49 años del distrito de Catacaos-Piura: Frecuencia, lesiones cervicales y factores asociados. *Revista Peruana Obstetricia y Enfermeria*, 11(2), 582-591. Recuperado el 29 de Octubre de 2016, de <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/744/582>
- Ochoa, F. J. (2013). Virus del papiloma humano. Desde su descubrimiento hasta el desarrollo de una vacuna. Parte I/III. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(5), 308-315.
Recuperado el Marzo de 30 de 2017, de https://www.smeo.org.mx/images/gamo2/2014/GAMO_V13_No5-2014_SEP-OCT.pdf#page=42
- Oliva, A. R. (2013). “*Funcionalidad Del Subsistema Conyugal En Mujeres Con Virus Del Papiloma Humano De La Umf No 75 Del Imss, Nezahualcóyotl Estado De México 2012*”. Universidad Autonoma del Estado de Mexico, Facultad de Medicina. Toluca: Medicina-Quimica. Recuperado el 30 de Marzo de 2017, de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14052/397468.pdf?sequence=1&jsAllowed=y>
- Organizacion Mundial de la Salud. (Abril de 2013). *Salud en las Americas*. Recuperado el 10 de Octubre de 2016, de http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?id=51&option=com_content
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2015). *Hoja Informativa N°1: El Virus Papiloma Humano y El Cancer Cervicouterino*. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Recuperado el 20 de Noviembre de 2016, de Serie de hojas informativas sobre el Virus Papiloma Humano y El Cancer Cervicouterino: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=32862&Itemid=270&lang=es
- Payan, Z. E. (2013). *Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado por IVPH(Infecion por Virus Papiloma humano en pacientes con ASCUS(Atipias escamosas de significado incierto) en citologia exfoliativa cervical hallazgos colposcópicos de vasos atipicos*. Tesis de post grado, Universidad autonoma del Estado de Mexico, Facultad de medicina, Toluca. Recuperado el 20 de Octubre de 2017, de

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/13888/Tesis.416934.pdf?sequence=1>

- Ramirez, A. V. (Setiembre de 2009). *La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual*. doi:ISSN 1025-5583
- Rocha, R., Juárez, M., Ruiz, M., Ramírez, X., Gaytán, M., & Contreras, P. (18 de Febrero de 2012). Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(2), 244-255. Recuperado el 5 de Noviembre de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000200011&script=sci_arttext&tlng=pt
- Sanabria, J. G., Salgueiro, V. E., Abreu, M. B., Lemus, A., & Marrero, R. (Febrero de 2014). Incidencia y tendencia de lesiones cervicouterinas en mujeres pinareñas de 10-24 años. 2003-2012. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 18(1), 4-13. Recuperado el 11 de Noviembre de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000100002&lang=pt
- Sanchez, E. M. (2012). *Infección del virus del 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*. Tesis doctoral, Universidad de Málaga, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, Malaga. Recuperado el 02 de Abril de 2017, de <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5013/Tesis%20Doctoral%20de%20Eva%20Maria%20S%C3%A1nchez%20S%C3%A1nchez.pdf?sequence=1>
- Silva Mori, B. R. (2014). *Universidad Nacional de la Amazonia Peruana - Repositorio institucional*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2016, de Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014.: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/312/1/TESIS%20CACU-pdf.pdf>
- Silva, B. R., & Soplín, K. E. (2014). *Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014*. Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Facultad de Enfermería, Iquitos. Recuperado el 10 de Noviembre de 2016, de Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cervicouterino, en mujeres

- atendidas entre 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014.:
<http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/312/1/TESIS%20CACU-pdf.pdf>
- Sociedad Americana de Cancer. (2014). *Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino*. Recuperado el 04 de Abril de 2017, de www.cancer.org:
<https://old.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf.pdf>
- Sotelo, J. M., & Morfin, B. M. (2012). Efectividad del factor de transferencia en pacientes con virus del papiloma humano genital persistente. *Revista Alergia Mexico*, 59(3), 97-106. Recuperado el 29 de Marzo de 2017, de
https://www.researchgate.net/profile/Blanca_Morfin2/publication/256451242_Transfer_factor_effectiveness_patients_with_persistent_genital_human_papillomavirus_infection/links/5637969308ae30cbeff4d226.pdf
- Torres, M. C. (2012). *Evaluación de los Resultados de Papanicolaou como Indicador de Cáncer de Cuello Uterino en las Mujeres de Edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Sub Centro de Salud “29 de Noviembre” de la ciudad de Santa Rosa, 2009*. Tesis de Maestría , Universidad de Guayaquil , Facultad de Ciencias Medicas, Santa Rosa. Recuperado el 04 de Abril de 2017, de
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1013/1/TESIS.pdf>
- Valdez, E. G. (2015). *Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre la infección por Virus del Papiloma humano en usuarias del centro de salud “Chancas de Andahuaylas” de santa anita, primer semestre del 2015*. Tesis de grado, Universidad Nacional de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima. Recuperado el 15 de Julio de 2017, de
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4338/1/Valdez_ce.pdf
- Vasquez, A. (2015). *Identificación Molecular del Virus Papiloma Humano y su relación con la presencia de lesiones premalignas de cavidad oral en pacientes del servicio de oncología del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2013*. Tesis de pregrado, Universidad Católica Santa María, Facultad de Odontología, Arequipa. Recuperado el 02 de Abril de 2017, de
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/4487/64.2446.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yalico, M. d. (Marzo de 2016). *Prácticas de prevención primaria de cáncer cervicouterino en mujeres adolescentes y adultas que acuden al consultorio de prevención de cáncer*

ginecológico del Hospital Nacional Sergio E. Bernales marzo. Tesis de Pregrado,
Universidad Nacional de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima. Recuperado el 30
de Marzo de 2017, de
[http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_f576be12fe21303783b383070f5b
0594](http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_f576be12fe21303783b383070f5b0594)

CAPITULO VIII

ANEXOS

ANEXO N° 0 1.

ASPECTOS INDEPENDIENTES DE LAS MUJERES DE 20-49 AÑOS QUE PRESENTAN LESIÓN CERVICOUTERINAS POR VPH.

“El virus del papiloma humano se considera multifactorial, una parte de los factores de riesgo que inciden en la infección del mismo, se debe a situaciones estructurales y sociales cuya influencia permea en la cultura y estilos de vida” (Hernandez, Padilla, & Quinteros, 2012).

Cuadro N°01. 1. Grado de lesión cervicouterinas causada por Virus del Papiloma Humano según edad, Centro de Salud Morro Solar-Jaén, Agosto – Noviembre de 2017.

	Lesiones cervicouterinas por VPH				Total	
	Bajo grado		Alto grado		n	%
	n	%	N	%		
20-25	0	0	0	0	0	0
26-30	2	9.5	4	100	6	24
31-35	4	19	0	0	4	16
Edad 36-40	0	0	0	0	0	0
41-45	9	42.9	0	0	9	36
46-49	6	28.6	0	0	6	24
Total	21	100	4	100	25	100

Nota: Chi cuadrado 15 $p=0,002<0,05$ existe relación estadística.

FUENTE: Encuesta aplicada por la tesista/Resultados Papanicolaou.

ANÁLISIS: Del cuadro se aprecia que del total de pacientes con lesiones cervicouterinas de bajo grado el 42,9% tiene edad de 41 a 46 años, del total de pacientes con lesiones cervicouterinas de alto grado el 100% tiene edad de 26 a 30 años.

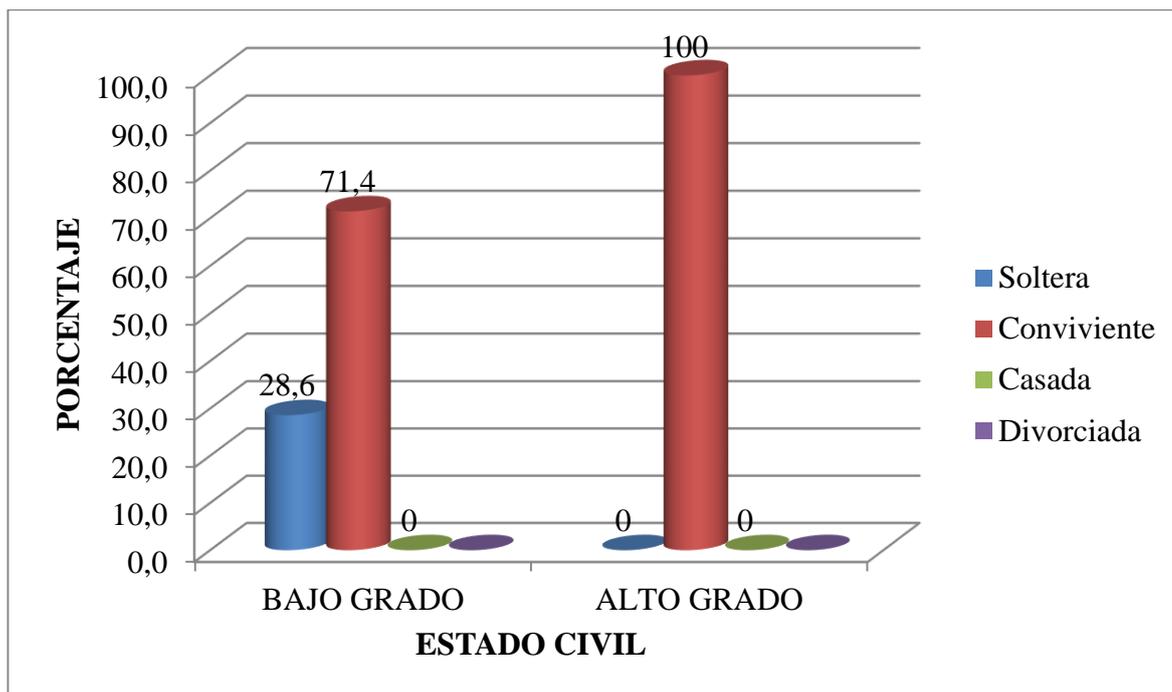


FIGURA N°01. 1. Grado de lesión Cervicouterina causada por Virus del Papiloma humano según estado civil, Centro De Salud Morro Solar-Jaén, Agosto – Noviembre 2017. FUENTE: Formato de recolección de datos/ Formato de resultados PAP.

ANALISIS: Se aprecia que del total de pacientes con Lesión Cervicouterinas de bajo grado el 71,4% son convivientes, del total de pacientes con Lesión Cervicouterinas de Alto Grado el 100% son convivientes. Chi cuadrado: 4 $p=0,61 > 0,05$ no existe relación estadística.

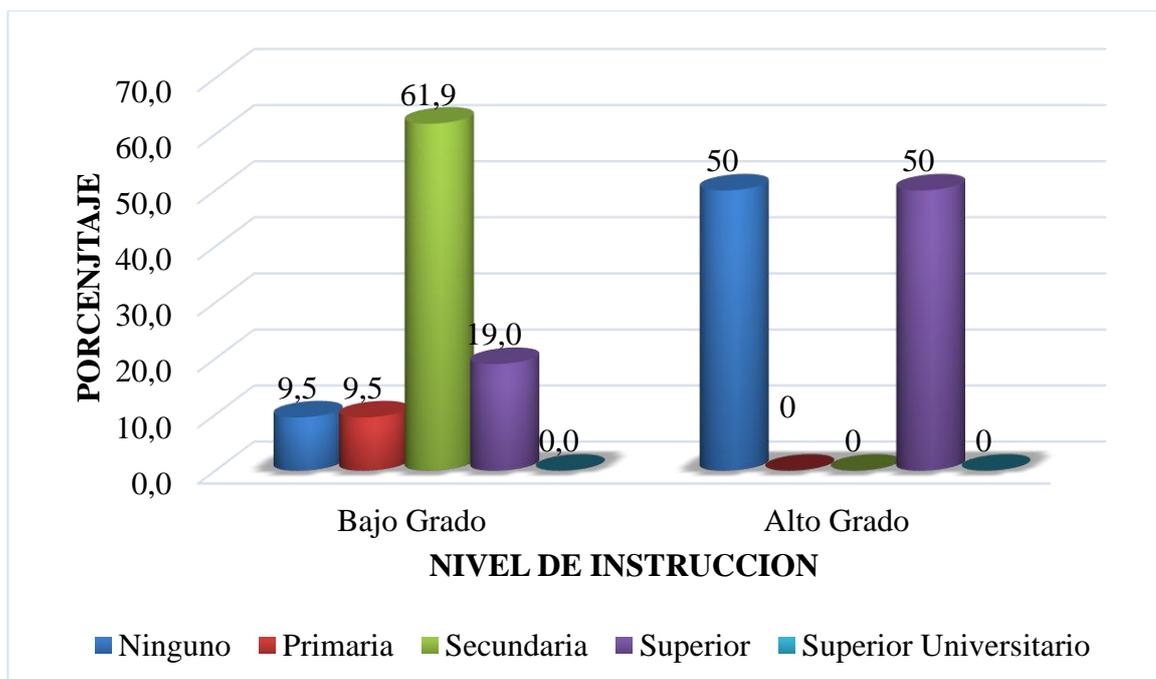


FIGURA N°01. 2. Grado de lesión Cervicouterina causada por Virus del Papiloma humano según nivel de instrucción, Centro De Salud Morro Solar-Jaén, Agosto – Noviembre 2017. FUENTE: Formato de recolección de datos/ Formato de resultados PAP.

ANALISIS: Se aprecia que del total de pacientes con Lesión Cervicouterinas de Bajo grado el 61,9% tienen grado de instrucción secundaria, del total de pacientes con Lesión Cervicouterinas de Alto Grado el 50% tienen grado de instrucción superior o ningún grado. Chi cuadrado: $9 p=0,3 > 0,05$ no existe relación estadística.

Cuadro N°01. 2
**Vacunación contra el VPH a familiares de las mujeres entre 20-49 años que se realizaron examen Papanicolaou, Centro de Salud Morro Solar-Jaén, Agosto-
 Noviembre 2017.**

Aceptación de la vacuna contra el VPH a familiares.	Lesión Cervicouterinas						Total	
	Negativo		Bajo Grado		Alto Grado			
	N	%	n	%	N	%	n	%
De acuerdo	241	69,9	20	95,2	4	100	265	71,6
En desacuerdo	104	30,1	1	4,8	0	0	105	28,4
Total	345	100	21	100	4	100	370	100

NOTA: Chi cuadrado $0,02 < 0,05$ existe relación estadística.

FUENTE: Encuesta

ANÁLISIS: Se aprecia que del total de mujeres que se realizaron examen PAP el 71,6% están de acuerdo con la vacunación a sus familiares. “La vacuna contra el VPH protege contra la infección por ciertas cepas del virus del papiloma humano (VPH) que pueden causar cáncer de cuello uterino o verrugas genitales” (Ango & Valencia, 2014).

ANEXO N° 0 2

CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE JAEN
FACULTAD DE TECNOLOGIA MEDICA



“**LESIONES CERVICOUTERINAS CAUSADAS POR *Virus Papiloma Humano* EN MUJERES DE 20-49 EN EL CENTRO DE SALUD MORRO SOLAR-JAÉN.**”

Encuesta número _____ CÓDIGO: _____

1. **Edad en años cumplidos:** _____ 0: 20-25 1: 26-30 2: 31-35 3: 36-40
4: 41-45 5: 46-49
2. **Estado civil:** 0: Soltera () 1: Conviviente () 2: Casada () 3: Viuda () 4: Divorciada ()
3. **Nivel de instrucción:** 0: Ninguno () 1: Primaria () 2: Secundaria () 3: Superior ()
4: Superior Universitario ()
4. **Cantidad de Pruebas de Papanicolaou:** 0: Primera () 1: 2-3 () 2: 4-5 () 3: ≥ 6 ()
5. **Aceptación de Vacunación a familiares:** 0: De acuerdo () 1: Desacuerdo ()
6. **Antecedentes de Infección Urinaria recurrente:** 0: NO () 1: SI ()
7. **Edad de inicio de vida sexual:** 0: ≤ 15 años () 1: 16-19 años () 2: ≥ 20 años ()
8. **Número de parejas sexuales:** 0: 1 Pareja () 1: 2 parejas () 2: 3 a más Parejas ()
9. **Método Anticonceptivo:** 0: Ninguno () 1: Preservativo () 2: Método del ritmo ()
3: DIU () 4: Anticonceptivo Oral () 5: Inyectable Hormonal ()
10. **Uso prolongado de Anticonceptivos hormonales:** 0: SI () 1: NO ()
11. **Paridad:** 0: Nulípara () 1: Primípara () 2: 2 Partos () 3: 3 Partos () 4: Multípara ()
12. **Número de partos Vaginales:** 0: Ninguno () 1: 1 parto () 2: 2-3 () 2: 4-5 () 3: ≥ 6 ()
13. **Edad del primer parto:** 0: Nulípara () 1: ≤ 15 años () 2: 16-21 años () 3: 22-30 () 4: 31-39 ()
5: ≥ 40 años ()
14. **Nivel de conocimiento sobre el VPH(ANEXO N°03):** 0: Bajo () 1: Medio () 2: Alto ()

ANEXO N°0 3.

TEST PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VPH.

Lee atentamente los enunciados que se presentan a continuación y marque la opción que creas correcta.

ITEMS	ENUNCIADO	RESPUESTAS	
		SI	NO
01	El Virus del Papiloma humano es una infección de transmisión sexual	SI	NO
02	El Virus del Papiloma humano puede producir cáncer de cuello uterino.	SI	NO
03	El Virus del Papiloma humano se transmite por el contacto piel a piel en el sexo vaginal o anal	SI	NO
04	La mayoría de las personas con el virus del papiloma humano genital no presentan signos o síntomas visibles.	SI	NO
05	El Virus del Papiloma humano es una enfermedad curable.	SI	NO
06	La madre puede transmitir a su bebe el virus del papiloma humano durante el parto	SI	NO
07	El virus del papiloma humano puede afectar a ambos sexos	SI	NO
08	El Virus del Papiloma humano puede producir verrugas en los genitales.	SI	NO
09	El virus del papiloma humano puede ser transmitido aun cuando el portador no tenga síntomas.	SI	NO
10	¿Tener múltiples parejas sexuales es uno de los factores de riesgo para la adquisición de la infección por el papiloma humano?	SI	NO
11	El Papanicolaou permite tener un diagnostico precoz del cáncer de cuello uterino.	SI	NO
12	El Papanicolaou detecta siempre la infección por el virus del papiloma humano.	SI	NO
13	El Papanicolaou se debe hacer a toda mujer que inicio su vida sexual.	SI	NO
14	La vacuna contra el virus del papiloma humano sirve para prevenir el cáncer de cuello uterino.	SI	NO

VALOR:

1-4 rpts correctas: Bajo
5-9 rpts correctas: Medio
10-14 rpts correctas: Alto

ANEXO N° 4.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE JAEN
FACULTAD DE TECNOLOGIA MEDICA



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha.....

Yo..... identificado con
DNI N° he sido informado(a) por la Srta. Shirley Ludy Yajahuanca
Gaytan acerca de la participación en el estudio “Lesiones Cervicouterinas por Virus
Papiloma humano en mujeres de 20-49 años, atendidas en el Centro de Salud Morro Solar
– Jaén”. Me ha informado que mi pudor no se verá afectado puesto que la encuesta que
responderé será de total anonimato. He realizado las preguntas que consideré oportunas,
todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.
Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me
realice una encuesta, teniendo pleno conocimiento de que no existen riesgos ni
complicaciones, pero sí ventajas y beneficios del procedimiento que podrían desprenderse
de dicho acto.

..... Firma de la paciente

Nombre.....

DNI.....

..... Firma de la investigadora

Nombre.....

DNI.....

ANEXO N°0 5
CLASIFICACION DEL SISTEMA BETHESDA

CLASIFICACIÓN SISTEMA BETHESDA

Negativo Para LIE (BCC)	Organismos (<i>Cándida, Trichomona, Gardnerella, Actinomyces, Herpes</i>) 10% Cambios reactivos ó reparativos 90% Atrofia celular é inflamación					
Anormalidad de célula epitelial	Escamosa	Células escamosas atípicas (ASC)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">ASCUS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">ASC-H</td></tr> </table>	ASCUS	ASC-H	
		ASCUS				
		ASC-H				
		Lesión intrapitelial de bajo grado (LSIL)	VHP NIC I			
		Lesión intrapitelial de alto grado (HSIL)	NIC II, III in situ			
	Ca de cel escamosas	Escamocelular				
	Glandular	Células glandulares Atípicas (AGC)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Endocervical</td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Endometrial</td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Favorece neoplasia</td></tr> </table>	Endocervical	Endometrial	Favorece neoplasia
		Endocervical				
		Endometrial				
		Favorece neoplasia				
Adenoca in situ (AIS)						
Adenocarcinoma						

APGAR. Colposcopia. Principios y practica. Mc Graw Hill. 2002

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasicas

ANEXO N° 6

FIGURAS ACERCA DE LOS CAMBIOS EN LA MORFOLOGÍA CELULAR EN LESIONES CERVICOUTERINAS DE BAJO Y ALTO GRADO.

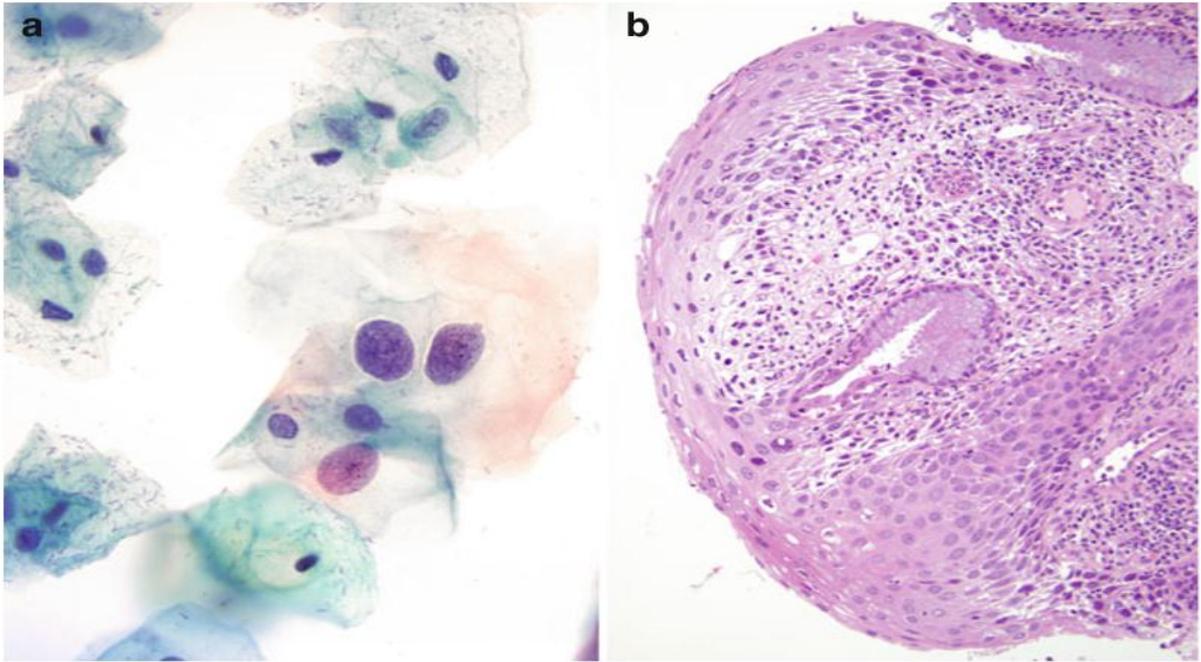


Figura N°06. 1. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (a, izquierda: LEIBG y b, cuello uterino derecho). Agrandamiento nuclear e hiperchromasia. Fuente: Imagen extraída de Nayar & Wilbur, 2015, pág. 139.

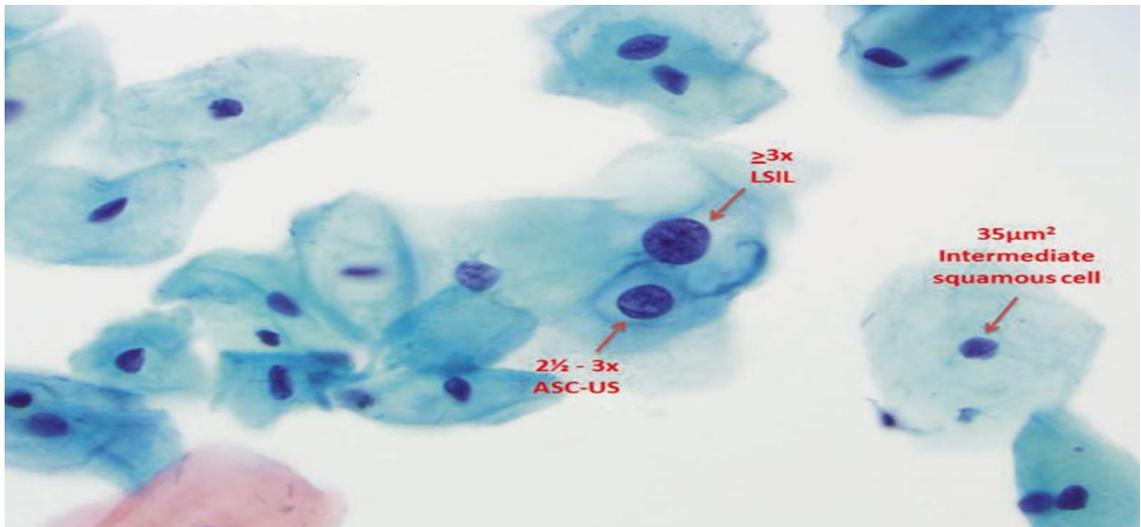


Figura N°06. 2. Alteración en la relación núcleo - citoplasma en una LEIBG. Fuente: Imagen extraída de Nayar & Wilbur, 2015, pág. 138.

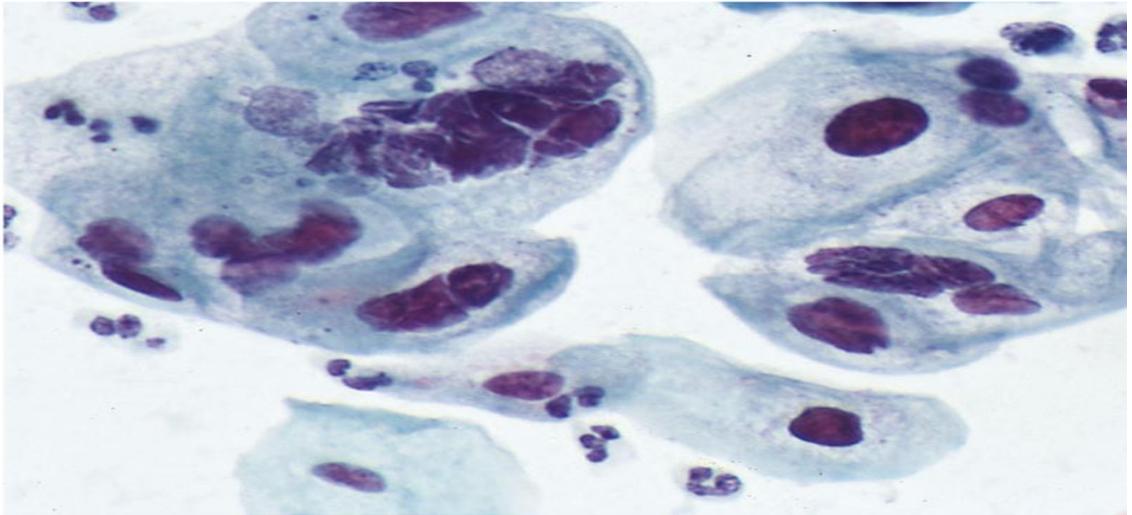


Figura N°06. 3. LSIL (LBP, ThinPrep). Una mujer de 32 años de edad, día 15, examen de citología cervical de rutina. Nótese el tamaño total de las células grandes, la cromatina nuclear "manchada", el citoplasma bien definido y la multinucleación. Fuente: (Nayar & Wilbur, 2015, pág. 139).

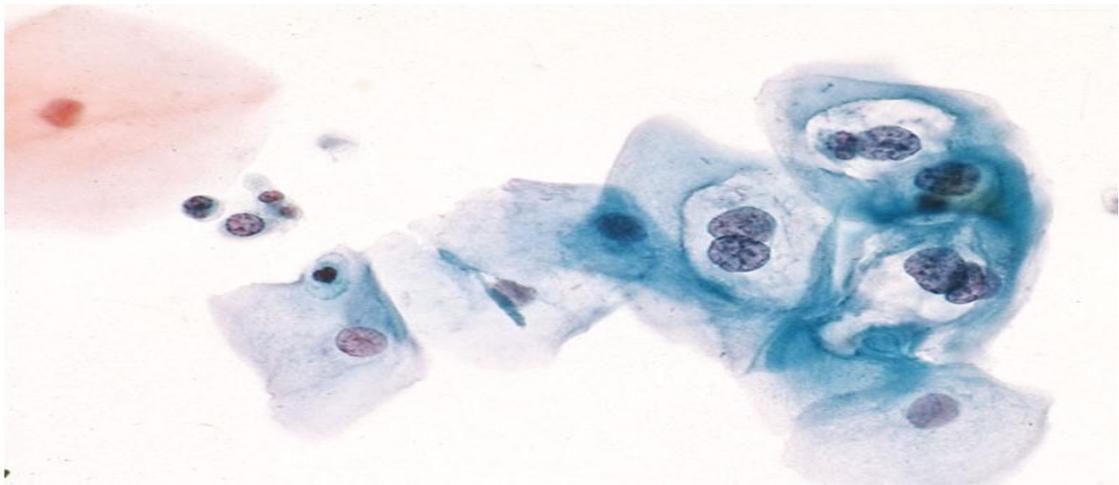


Figura N°06. 4. LSIL (LBP, ThinPrep). Efecto citopático del VPH. Examen de rutina de una mujer de 32 años. Se requieren anomalías nucleares para hacer una interpretación de LEIBG. El efecto citopático del VPH manifestado por la cavitación perinuclear a menudo acompaña a las anomalías nucleares, pero no es necesario para una interpretación de LEIBG. Fuente: (Nayar & Wilbur, 2015, pág. 140)

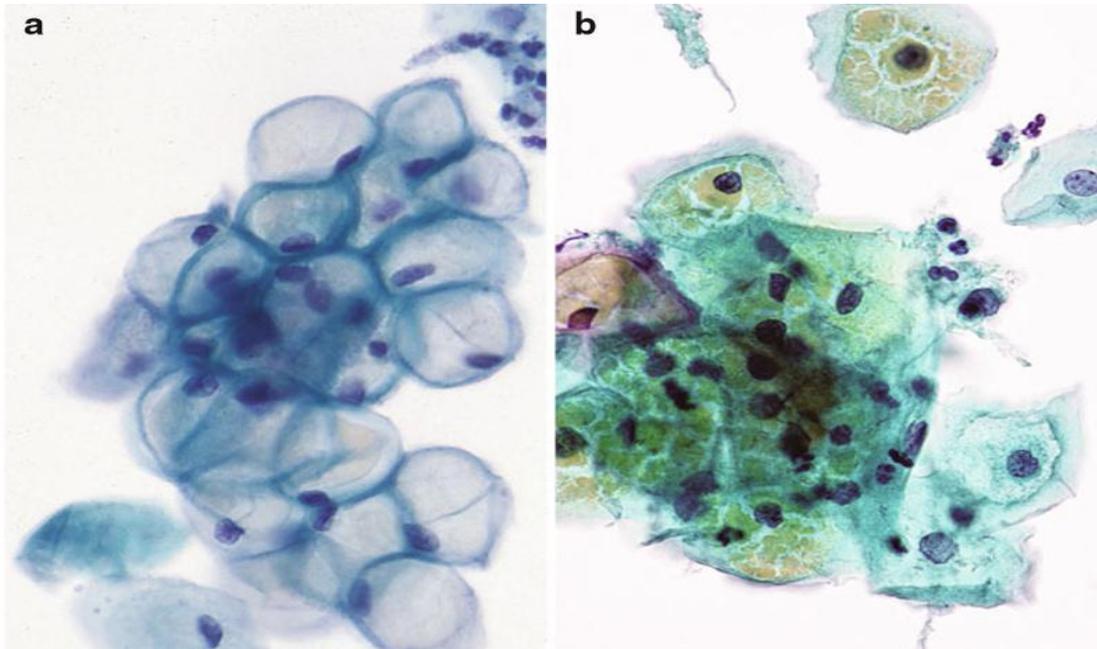


Figura N°06. 5. Pseudokoilocitos (LBP, ThinPrep). El glucógeno en las células escamosas puede dar la apariencia de "pseudokoilocitosis" (a). Los halos asociados con el glucógeno a menudo tienen una apariencia refráctil amarilla (b). Las anomalías nucleares requeridas para una interpretación de LSIL están ausentes. Fuente: (Nayar & Wilbur, 2015, pág. 141)

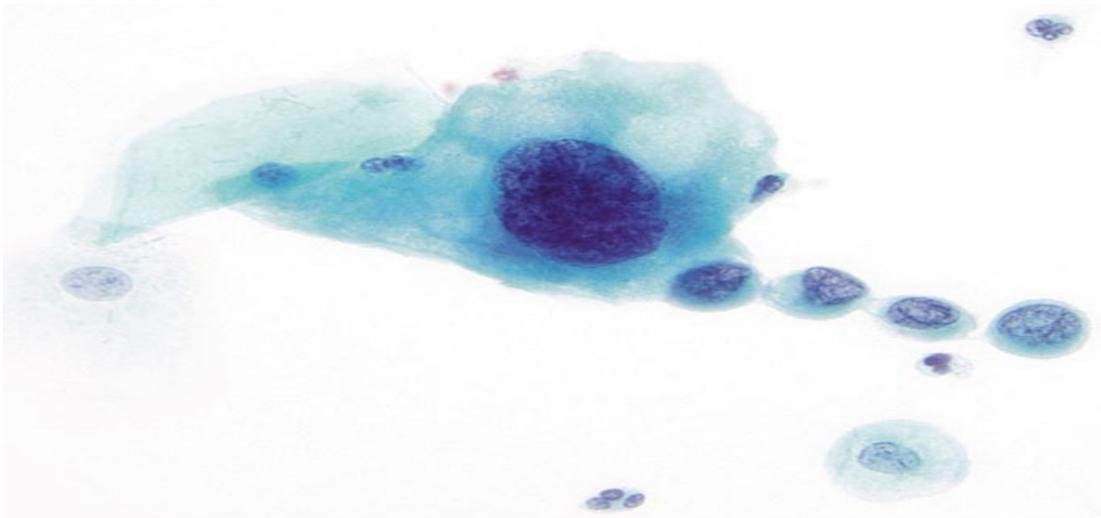


Figura N°06. 6. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL) (LBP, ThinPrep). Aquí hay una mezcla de células displásicas, una célula LEIBG grande y cuatro células adyacentes, pequeñas, de alta relación N / C con características nucleares consistentes con LEIAG. Fuente: (Nayar & Wilbur, 2015, pág. 148)

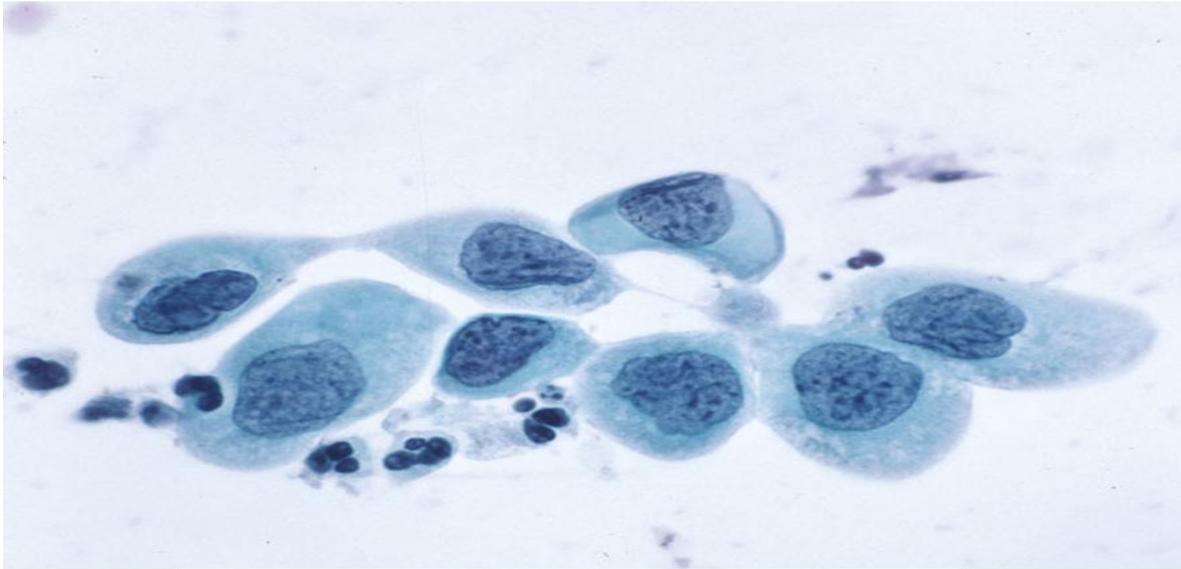


Figura N°06. 7. LEIAG (CP). Los cambios nucleares son LEIAG; sin embargo, la proporción nuclear / citoplásmica (N / C) está en el extremo inferior para LEIAG. (Nayar & Wilbur, 2015, pág. 150)

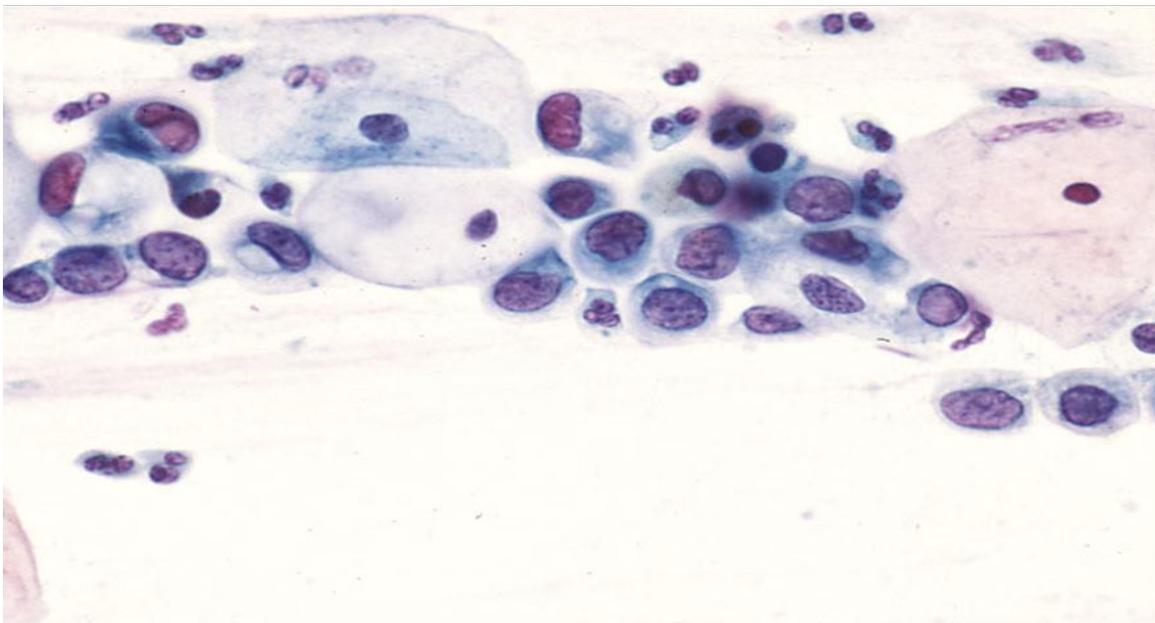


Figura N°06. 8. LEIAG (CP). Células LEIAG con alguna variación en el tamaño de la celda y las relaciones N / C. Un cúmulo como este puede malinterpretarse como células metaplásicas escamosas si se examina solo con una magnificación inferior. El seguimiento mostró LEIAG (NIC 3). Fuente: (Nayar & Wilbur, 2015, pág. 151)

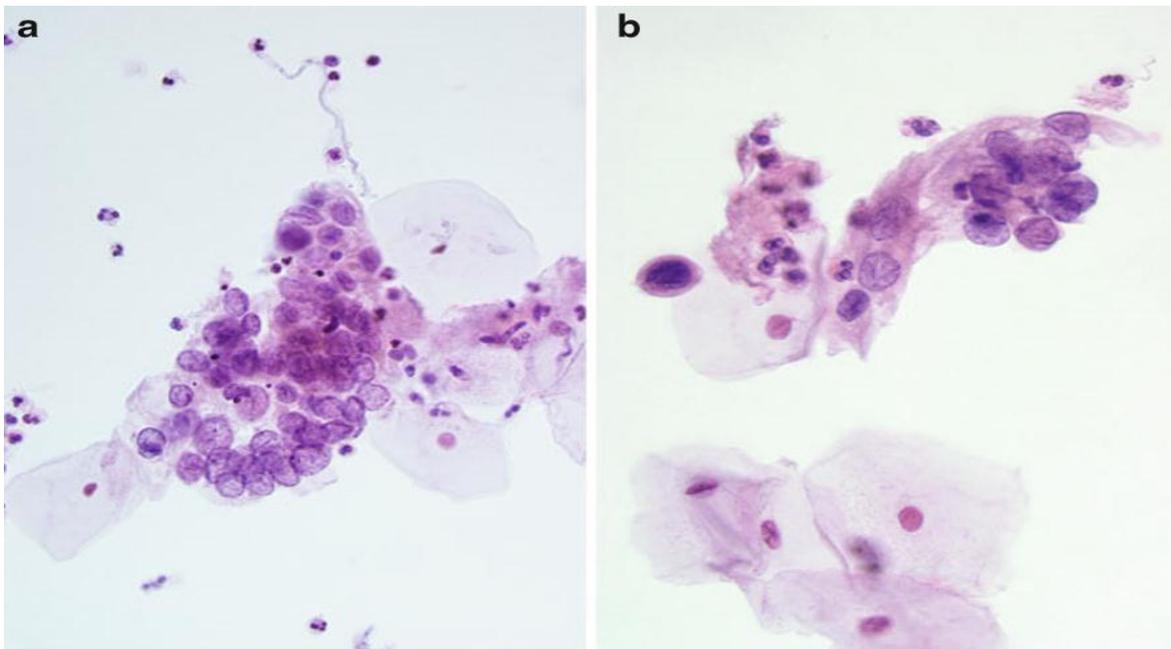


Figura N°06. 9. LEIAG (a, b LBP, ThinPrep). Hiperchromatismo en Lesion escamosa intraepitelial de alto grado. Una búsqueda diligente puede revelar celdas más clásicas en otros lugares en la misma imagen. (a) En el lado izquierdo, observe la disposición sincicial y los surcos nucleares. (b) En el lado derecho, se ven núcleos desnudos anormales y una célula LEIAG única hiper cromática, de alta relación N / C. Fuente: (Nayar & Wilbur, 2015, pág. 154)

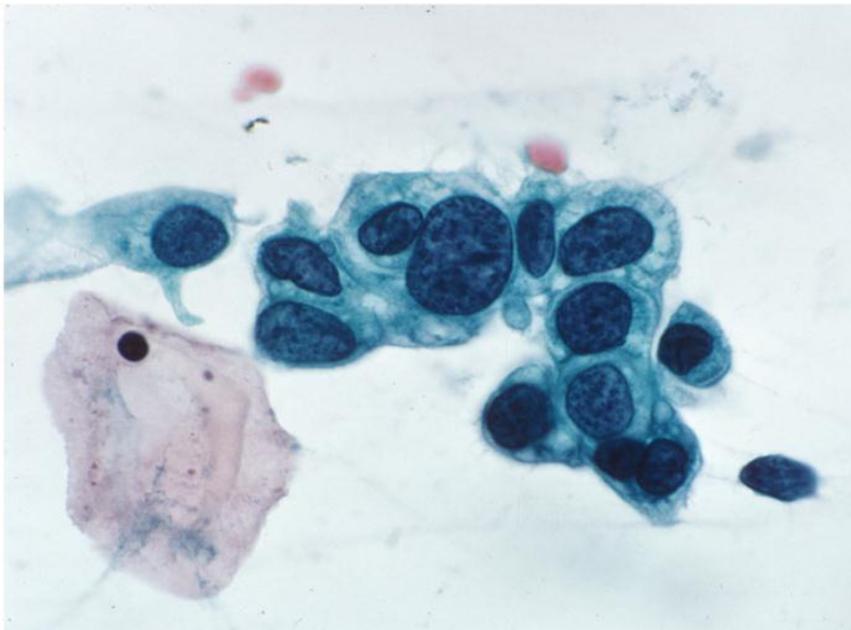


Figura N°06. 10. LEIAG. Hay variación en el tamaño y la forma del núcleo, y las células tienen un citoplasma claro y transparente. Fuente: : (Nayar & Wilbur, 2015, pág. 150)