



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO
DE ALTO RIESGO Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES QUE
ACUDIERON AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 302 DEL IESS
EN EL AÑO 2013. CUENCA. 2013.**

**Tesis previa a la obtención del
título de Médica.**

AUTORA: VERÓNICA PATRICIA CORONEL DAQUILEMA

DIRECTOR: DR. BERNARDO JOSÉ VEGA CRESPO

ASESOR: DRA. LORENA ELIZABETH MOSQUERA VALLEJO

CUENCA – ECUADOR

2014

RESUMEN

Antecedentes: La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual frecuente a nivel mundial y está demostrada la asociación con el cáncer cervico-uterino este hecho lo convierte en un problema de salud pública.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores de riesgo como inicio temprano de vida sexual, edad y número de parejas sexuales para infección por el Virus de Papiloma Humano de alto riesgo (HPV 16 HPV 18) en mujeres que acudieron al Centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el año 2013.

Diseño metodológico: Estudio transversal descriptivo, que se realizó en el Centro de Atención Ambulatoria del IESS, se revisaron 110 historias clínicas de pacientes que se realizaron el examen para detección del Virus de Papiloma Humano; el análisis de datos se realizó en el paquete estadístico SPSS versión 15; se usó medidas de tendencia central y de dispersión se calculó el valor de chi cuadrado con un 95% de confianza y razón de prevalencia (RP) además el valor de p.

Resultados: La prevalencia de VPH de alto riesgo fue de 72,7%; el genotipo 16 el más frecuente con el 48,75%; la infección por VPH fue mayor en pacientes de entre 31-40 años con el 72,3%; de procedencia y residencia en el área urbana con el 72,7% y 74,5% respectivamente; en mujeres divorciadas 78,6%; con instrucción superior 76,9%; con labores en el hogar 87,5%; con inicio su vida sexual a los 19 años o antes con el 73,9% y pacientes con 3 o menos parejas sexuales; el iniciar su vida sexual a los 19 años o menos aumenta el riesgo de VPH en RP 2,6 (IC 95% 1,7-4,03).

Conclusiones: La infección por VPH de alto riesgo es elevada en nuestra población y se asocia con el inicio de vida sexual

Palabras clave: VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, VIDA SEXUAL.

ABSTRACT

Background: The infection by the Human Papilloma Virus (HPV) is a sexually transmitted disease rampant at the global level and its proven connection with the presentation of cervical cancer makes it a major public health setback, by what we studied this infection in patients who came to the Outpatient Care Center 302 of the Ecuadorian Institute of Social Security.

Objective: To determine the prevalence and risk factors for infection by the Human Papilloma Virus in high-risk women who attended the Center for Ambulatory Care 302 of the Ecuadorian Institute of Social Security in 2013.

Methodology: Analytical cross-sectional study, carried out in the center of attention of the IESS ambulatory of the city of Cuenca, the medical histories of patients which have been requested an examination for detection of Human Papilloma Virus; the analysis of data was performed using the statistical package SPSS version 15; use descriptive data with measures of central tendency and dispersion to the association the calculation of the value of chi-square with a 95% confidence and to measure the size of the effect the prevalence ratio (PR) for the statistical significance p-value.

Results: The prevalence of infection by high-risk HPV was 72.7 % being genotype 16 the more frequent with the 48.75 %; HPV infection was higher in patients aged 31-40 years with 72.3 %; of origin and residence in the urban area with the 72.7 % and 74.5 % respectively; in women divorced 78.6 %; with a level of higher education 76.9 %; with household chores 87.5 %; patients who began their sexual life at the age of 19 years or earlier with the 73.9 % and in patients with 3 or fewer sexual partners; only the age at first sexual intercourse was associated with HPV infection , and the start Your sex life at the age of 19 or less increases the risk of HPV in RP 2.6 (95% CI 1.7 -4.03).

Conclusions: infection by HPV high-risk is high in our population and is associated with the initiation of sex life

Key Words: HUMAN PAPILOMA VIRUS, SEXUAL LIFE.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Página
Capítulo I	
1.1. Introducción.....	9
1.2. Planteamiento del problema.....	10
1.3. Justificación.....	12
Capítulo II	
2. Fundamento teórico	13
Capítulo III	
3. Objetivos	21
Capítulo IV	
4. Metodología.....	22
Capítulo V	
5. Resultados	24
Capítulo VI	
6. Discusión.....	31
Capítulo VII	
7.1 Conclusiones.....	36
7.2 Recomendaciones.....	36
Capítulo VIII	
8. Referencias bibliográficas	38
Capítulo IX	
9. Anexos	45



Yo, **VERÓNICA PATRICIA CORONEL DAQUILEMA**, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO DE ALTO RIESGO Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 302 DEL IESS EN EL AÑO 2013. CUENCA. 2013.”** reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de MEDICA. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afcción alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, julio del 2014

Verónica Coronel D.

Verónica Patricia Coronel Daquilema

C.I. 0105032098



Yo, **VERÓNICA PATRICIA CORONEL DAQUILEMA**, autora de la tesis **“PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO DE ALTO RIESGO Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 302 DEL IESS EN EL AÑO 2013. CUENCA. 2013.”** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, julio del 2014

Verónica Coronel D.

Verónica Patricia Coronel Daquilema

C.I. 0105032098

AGRADECIMIENTO

En estas líneas quisiera agradecer a todas las personas que hicieron posible el sueño de mi vida sobre todo a Dios que me dio la sabiduría y la dedicación, a mi madre quien fue un pilar fundamental en la elaboración de mi tema; junto con mi padre y hermanos que siempre me apoyaron y guiaron para la culminación de mi tesis

Un especial reconocimiento al Dr. Bernardo Vega quien fue el director de esta investigación, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continua de la misma, pero agradezco sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de la realización del proyecto.

Y de manera muy especial a mis amigos por la comprensión y la paciencia.

A todos ellos mi más sinceros agradecimientos



DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a Dios quien sobre todas las cosas me dio vida, y la sabiduría necesaria para realización de este tema. También les dedico a mis padres quienes me apoyaron de forma incondicional.



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano (*Human Papilloma Virus*, VPH) es el causante de diversos cánceres del sistema genitourinario y se han convertido en una fuente significativa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo (1).

En el estudio del cáncer de cuello uterino realizado por la *International Agency for Research on Cancer* (IARC) se detectó ADN de VPH en 93 % de los casos estudiados (2); además, este virus es responsable de 80 % de los casos de cáncer anal y de 60 % de los casos de cáncer de vulva, vagina y pene. Cabe aclarar que la IARC clasifica al VPH como causa necesaria pero no suficiente de cáncer de cuello uterino y este virus pertenece al grupo 1 de carcinogénesis, en el que existen pruebas suficientes que confirman que puede causar cáncer en los humanos (3)

La Organización Panamericana de la Salud (4) menciona que Según datos epidemiológicos y virológicos, se estima que el VPH causa 100% de los casos de Cáncer de Cuello Uterino, 90% de los casos de cáncer anal, 40% de los cánceres de órganos genitales externos (vulva, vagina y pene) y al menos 12% de los orofaríngeos. La infección previa por el VPH es una condición necesaria para el desarrollo de cáncer cervicouterino.

En el Ecuador, el cáncer cérvico-uterino ocupa el primer lugar como causa de muerte oncológica en población femenina. A pesar de las medidas tomadas

para disminuir éstos índices, los métodos tradicionales de screening han sido insuficientes (5).

Algunos VPH, como los que causan las verrugas comunes que crecen en las manos y en los pies, no se transmiten fácilmente. Sin embargo, más de 40 tipos de VPH se transmiten sexualmente, y estos VPH se transmiten con mucha facilidad por medio de contacto genital. Algunos tipos de VPH que se transmiten sexualmente causan cáncer cervical y otros tipos de cáncer. Estos se dicen VPH de alto riesgo, oncogénicos o carcinogénicos. Otros tipos de VPH que se transmiten sexualmente parecen no causar cáncer y se llaman VPH de bajo riesgo (6).

Las investigaciones sobre este tema se han centrado en el diagnóstico, tratamiento y prevención; sin embargo determinar factores de riesgo en la población representa un paso importante, pues el control de los factores de riesgo determina una reducción de la prevalencia de esta infección; a nivel local en el IESS se realizan determinaciones de VPH de alto riesgo a más de su genotipo y correlacionar estos resultados con variables que consideramos relevantes como edad, inicio de vida sexual y número de parejas sexuales es importante.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta infección constituye un grave problema de salud pública, como lo evidencia la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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 (3).

La incidencia de infección por VPH cambia de acuerdo con la edad. Es muy común en mujeres jóvenes menores de 30 años, disminuye al aumentar la edad; en Colombia nuevamente aumenta en mujeres mayores de 54 años. En la mayoría de los casos esta infección es transitoria (4).

La distribución de los diferentes genotipos de VPH es variable depende de cada grupo poblacional; en nuestra población se realizan este tipo de exámenes y la detección de los genotipos es importante; demostrar que los factores de riesgo aumentan la probabilidad de infección por genotipos específicos (de alto riesgo) fortalecerá la detección de estos genotipos, fomentando aún más el screening en mujeres en edad fértil.

La American Society for Colposcopy and Cervical Pathology o ASCCP(7) recomiendan como una opción el uso de la prueba del ADN del VPH en el manejo de casos de mujeres con pruebas de Papanicolau con resultados Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASC-US). El U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) en su última evaluación (2003) no encontró evidencia suficiente para recomendar o no el uso de la prueba del ADN del VPH en este contexto.

A nivel local es importante determinar la prevalencia de mujeres afectadas con VPH de alto riesgo por su relevancia en la aparición de cáncer y su impacto en la salud pública; además de asociar esta infección con factores demográficos y prácticas sexuales.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La relevancia de este estudio radica en que sus resultados demuestran la prevalencia de la infección en nuestra población, además se presentan conclusiones con mayor validez de la que se obtendría con el reporte de estudios individuales, se aborda una amplia población de estudio y en que se presenta la divergencia existente en los resultados de diferentes estudios; de esta manera se proveen de resultados locales y aplicables a nuestra realidad.

El impacto social del tema es de vital importancia puesto que en la constitución ecuatoriana se establece que el estado garantizará la salud a toda la población así como su acceso a la salud de todos los y las ecuatorianas (8) y tomándose en cuenta que la población de mujeres en edad fértil y probablemente infectadas con VPH es relevante la investigación.

El impacto científico de la investigación permite detectar, prevenir e intervenir precozmente en los factores de riesgo que causan la infección.

El estudio beneficiara directamente a la población femenina que se atiende en el Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS, puesto que se generara una línea de base sobre la temática y permitirá formular nuevos planteamientos y preguntas de investigación.

Los resultados se pretenden difundir a través de medios de contenido científico disponibles a nivel de nuestra Universidad, además estarán disponibles en la biblioteca de la misma, donde estarán al alcance de estudiantes, profesores, profesionales de la salud en general.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Generalidades

El virus Papiloma infecta una variedad de especies siendo específico para cada una de ellas. El Virus Papiloma Humano, presenta un DNA de doble cadena, con aproximadamente 8.000 pares de bases. El genoma puede dividirse en una región temprana (E), una región tardía (L) y una región control (9).

La tipificación viral se realiza de acuerdo a la diferencia en el genoma presente entre ellos, de modo tal que un nuevo tipo se identifica al encontrar una secuencia génica E6, E7 y L1 que difiera en más del 10% respecto de otro conocido. Un subtipo o variante se define por una diferencia génica entre 2-5% (9).

2.2 Patogenia

En el desarrollo del cáncer, la integración del DNA viral al genoma de la célula huésped es de particular importancia, produciéndose una interrupción en la región de lectura abierta (ORF) E1-E2, lo que impide un adecuado efecto inhibitorio de E2 en la región de control TATA box, vecina al promotor P97, produciéndose la unión de factores de transcripción (SP1 y Complejo de Transcripción TFIID), activando la expresión de proteínas E6 y E7. La proteína E6 se une a P53, formando un complejo con proteínas celulares (Proteína ligante de E6, Proteína Kinasa, Proteína ligante de Calcio) sobre el cual actúa un complejo enzimático (Ubiquitina), degradando a P53, el efecto final es un aumento en la transcripción del DNA dañado (por inhibición de gen P21 o

WAF1), activando etapa G1 y bloqueando apoptosis de células mutadas (por inhibición de gen Bax). La proteína E7 se une a la proteína del Retinoblastoma (PRB), liberando el Factor de Transcripción E2F, el cual se encuentra unido basalmente en fase G1. Como resultado se activan genes de proliferación (c-myc, Timidinakinasa, Polimerasa Alfa) (9).

Una diferencia significativa entre los tipos de VPH de bajo y alto riesgo oncogénico estaría en la afinidad diferencial de sus respectivas proteínas E6 y E7 con las proteínas P53 y PRB. También importaría que el DNA viral se integre al genoma de la célula huésped (VPH de bajo riesgo no se integraría). Existe, sin embargo, un 30% de Cánceres Cervicales VPH, 16 positivos cuyo DNA permanece episomal, pudiendo explicarse el efecto proliferante a través de mutaciones en sitios de control YY1 (los que basalmente inhiben la expresión del promotor P97) de este modo, se activaría la expresión de E6 y E7 (9).

2.3 Tipos

Desde la 6ta década del siglo XX cuando ZurHausen estableció la posible relación en el VPH y el cáncer del cuello uterino se han identificado más de 100 tipos virales y 85 se han caracterizado hasta la fecha, pero solamente 15 se han relacionado con el cáncer el cuello uterino y las lesiones premalignas de esta localización y de otras zonas mucosas. Son los denominados virus del alto riesgo, que tienen alto potencial oncogénico (10)

Un tipo se diferencia de otro en que los aminoácidos estructurales de la proteína mayor L1 de su cápsida presentan una diferencia secuencial superior al 10% (10).

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. Otras clasificaciones menos estrictas incluyen a los tipos 56, 58 y 59, 68, 73 y 82, y los tipos 26, 53 y 66 como probablemente carcinogénicos. (10).

2.4 Genotipo de VPH y cáncer cervico uterino

Valdivia y colaboradores (11) en un estudio llevado a cabo en Chile en el año 2010, encontraron que al comparar los resultados de un hospital público y una clínica privada; la infección por VPH fue de un 94,4% de los casos: infecciones únicas por: VPH 16: 40,0%, VPH 18: 7,8% total de infecciones por VPH 16 61,1%, por VPH 18 34,4% Co-infección: VPH 16/18 75,6%. Además de lo mencionado identificaron otros 11 genotipos oncogénicos en infecciones únicas (VPH: 26, 31, 33, 45, 58, 67) o en co-infección con VPH 16/18 (VPH: 35, 52, 56, 59, 66). VPH 16 y VPH 18 fueron significativamente más frecuentes en el hospital público, particularmente VPH18; 75,6%> de los cánceres se asociaron a los genotipos VPH 16/18, tipos prevenibles por vacuna; este estudio demuestra la gran variabilidad de presentación de este tipo de virus incluso so coexistencia.



Chacón y colaboradores (12) en un estudio llevado a cabo en España, en 171 mujeres con estados citológicos alterados, encontraron que 69 muestras resultaron positivas y 58 negativas con ambas técnicas (PCR y captura de híbridos). Por PCR, en 17 muestras no se pudo obtener ningún resultado por inhibición de la reacción. De estas 17, 9 resultaron positivas y 8 negativas con la captura de híbridos. En cuanto a prevalencia de genotipos, el 16/82 ocupa el primer lugar y se encuentran en 20 muestras, seguido del genotipo 53 presente en 8 muestras cervicales; este estudio es un poco más específico al momento de detectar la prevalencia de genotipos más frecuentes, muestra los principales.

Mazarico(13) en el año 2012, encontró en un estudio de 8 años que el 3.2% de las pacientes presentan infección por VPH. El 86.4% de ellas fue por genotipos de VPH de alto riesgo. Los genotipos de VPH más frecuentes son el VPH 16 (31.2%), el VPH 51 (8.9%), el VPH 53 (8.3%), el VPH 31 (7.3%) y el VPH 66 (6.7%). En neoplasia intraepitelial (87%) y carcinomas (87%), la prevalencia de pacientes con infección por VPH es significativamente mayor que en las pacientes con Cneoplasia intraepitelial 1 (64%), cambios asociados a VPH (42%) o atipias (28%). En neoplasia intraepitelial 1 los genotipos de VPH más frecuentes son el VPH 16 (19.8%), el VPH 51 (11.9%), el VPH 53 (9.4%), el VPH 66 (8.8%) y el VPH 42 (5.5%). En CIN 2-3 los genotipos más frecuentes son el VPH 16 (45.3%), el VPH 31 (10.9%), el VPH 51 (9.8%), el VPH 53 (9.6%) y el VPH 58 (8.1%). En las pacientes con carcinoma el VPH 16 (47.2%), el VPH 31 (11.1%) y el VPH 45, VPH 52 y VPH 18 con un 8.3% cada uno de ellos.



Guarch (14) en una muestra de 500 biopsias, mencionan que la estimación de la fracción VPH-16/18 es ligeramente mayor en las regiones más desarrolladas (72-77%) en comparación con las menos desarrolladas (65-72%). Asimismo se estima que el 41-67% de HSILs, que el 16-32% de LSILs, y el 6-27% de ASCUS son positivos para VPH 16/18, poniendo de relieve la existencia de una frecuencia creciente de los VPH 16/18 a mayor gravedad de las lesiones. Tras los VPH 16/18, los 6 tipos de VPH más comunes son los mismos en todas las regiones mundiales, VPH-31, 33, 35, 45, 52 y 58, los cuales son responsables de un 20% adicional de los casos de cáncer de cuello uterino en el mundo.

Mongelos y colaboradores (15) en el año 2010, en un estudio brasileño encontraron que fueron el 28% (34/122) de mujeres tratadas por lesión escamosa intraepitelial positivas para VPH de alto riesgo, detectándose infección viral en un 20% de las mujeres con ausencia de lesiones intraepiteliales (NSIL) (22/108), 83% de las mujeres con Lesiones de Bajo Grado (10/12) y 100% de las mujeres con Lesiones de alto grado (2/2). De las 34 mujeres positivas para VPH de alto riesgo, 10 mujeres (29%) presentaron valores altos (100 pg/mL o más) de carga viral relativa, detectándose un aumento de casos positivos con la severidad de la lesión (28% ausencia de lesión intraepitelial, 30% lesión epitelial de bajo grado, 50% Lesión Epitelial de Alto Grado).

2.5 Epidemiología

La infección por VPH es la más frecuente de las transmitidas sexualmente, debido quizá a los cambios en la conducta sexual. Se considera que 2% de todas las mujeres en edad fértil tienen VPH y 30% de ellas con actividad sexual

están infectadas, alrededor de 25 a 65% de las personas que han tenido contacto sexual con personas infectadas la adquieren y sólo de 60 a 80% de los infectados a nivel anal informan una relación anogenital. La transmisión es generalmente de tipo sexual aunque se sugieren otros como la autoinoculación, fomites, iatrogénica durante la misma exploración ginecológica y anal con el mismo guante, instrumental mal esterilizado y en mujeres núbiles, esto ha sido confirmado por medio de técnicas moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) (16).

Según Lara (17) se han identificado VPH en genitales mucosa anal y cavidad oral siendo la prevalencia entre el 3.5 y 45% para todos los tipos y del 2.3 y 34.8 % para los VPH de alto riesgo y alrededor del 2.3 y 23.9% para VPH de bajo riesgo.

Y según la distribución de los genotipos de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado VPH 16, 18, 33, 45, 31, VPH 16, 31, 58, 18, 33, el VPH 16 (26 %), VPH 58, 52 y 35 son 52, 35, 51, 56, 45, 31 (12 %), 51 (11 %), 53 responsables del 90 % de 39, 66 y 6 (10 %), 56 (10 %), 52 los casos (9 %), 18 (9 %), 66 (9 %) y 58 (8 %). VPH 16 y 18 son Menor frecuencia del Amplia heterogeneidad responsables del VPH 18 y la ausencia de los tipos 70 % de los casos de del VPH 45 relacionado del VPH en las lesión intraepitelial escamosa de bajo grado cáncer de cuello de útero la prevalencia relativa El VPH 16 es el tipo la proporción por VPH 18 del VPH 18 es más más común en las lesión intraepitelial escamosa de alto grado(17).

2.6 Factores de riesgo

La infección por VPH es más frecuente en las mujeres menores de 30 años; por esta razón este grupo etario constituye el principal blanco de los programas de prevención del cáncer cervical. Se ha demostrado que la infección por VPH de alto riesgo que persiste por varios años, representa el principal factor para el desarrollo de lesiones precancerosas severas y progresión maligna (4).

La prevalencia para esta patología se da entre los 20 y 30 años. Se afirma que el epitelio de tipo metaplasico sería más susceptible para esta afección, también es evidente que el virus requiere de epitelio maduro para cumplir con su ciclo vital. Solo el 2,5 % de pacientes corresponden a una edad superior a los 50 años (18).

La relación entre la edad y la prevalencia del VPH no sigue un patrón definido y parece variar alrededor del mundo en diferentes poblaciones. Muchos estudios han reportado que la mayor prevalencia se observa en mujeres menores de 25 años, disminuyendo progresiva y linealmente hasta alcanzar 5 % o menos después de los 55 años; esto pudiera explicarse por cambios en las prácticas sexuales con la edad, determinando una menor exposición de las mujeres al virus, o también por inmunidad adquirida en el tiempo a la infección por VPH (19).

En otros estudios se describe un segundo pico en la prevalencia del VPH a partir de los 55 años de edad, explicando que cambios hormonales ocurridos después de la menopausia (principalmente la reducción significativa de la producción de la hormona estrógenos), el debilitamiento del sistema inmune y los cambios fisiológicos del cérvix (atrofias del epitelio) pudieran incrementar la



susceptibilidad a la infección por el virus o activar infecciones latentes. Por otra parte, los cambios o migraciones en la ubicación de la zona de transformación cervical, donde se ubica el virus (la cual queda menos expuesta a medida que avanza la edad) influyen en la recolección de los tipos celulares durante una citología y en la capacidad de detección del virus, afectando la sensibilidad y los resultados obtenidos en algunos estudios (19).

El inicio precoz de actividad sexual ha sido reconocido como un factor de riesgo central en la infección por VPH. Respecto al número de parejas sexuales, se ha demostrado la presencia de VPH, cervical o vulvar en 17-21% de las mujeres con 1 pareja sexual y en 69-83% de aquellas con 5 o más parejas sexuales. Al considerar las relaciones homosexuales entre mujeres se ha encontrado la presencia de VPH, cervical en 13% de éstas parejas. En población de prostitutas, la seroprevalencia y detección de VPH, en cérvix tipos, 16, 18, 31 y 58 es de 14 y 10 veces mayor respecto población general. La paridad ha sido asociada a un mayor riesgo de infección por VPH. Respecto a factores nutricionales, el déficit de Folato sérico ha sido vinculado como factor de riesgo independiente (9).

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia y factores de riesgo como inicio temprano de vida sexual, edad y número de parejas sexuales, de infección por el Virus de Papiloma Humano de alto riesgo en mujeres que acudieron al Centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el año 2013.

3.2 Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de VPH de alto riesgo y el genotipo del virus en mujeres atendidas en el Centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social desde Enero a Diciembre 2013.
2. Identificar la asociación de infección por VPH de alto riesgo con edad, número de parejas sexuales y edad de inicio de vida sexual.
3. Asociar el inicio temprano de vida sexual, edad y número de parejas sexuales con la infección de VPH de alto riesgo.

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio: Estudio de tipo descriptivo retrospectivo.

4.2 Área de estudio: Consulta Externa de Ginecología del Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS.

4.3 Universo: Toda la población desde Enero del 2013 hasta Diciembre del 2013 que se haya realizado prueba de detección de VPH, se identificó 110 pacientes con historias clínicas completas que fueron incluidas en el estudio.

4.4 Criterios de inclusión

- Pacientes con historias clínicas completas y resultados del examen.

4.5 Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de cáncer.
- Pacientes con resultados no claros o confirmados.

4.6 Variables

4.6.1 Variable dependiente: Infección con VPH de alto riesgo

4.6.2 Variables independientes: Edad, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales.

4.7 Operacionalización de variables (Ver anexo 9.2)

4.8 Métodos, técnicas e instrumentos

4.8.1 Método

Para el desarrollo de esta investigación se realizó una revisión exhaustiva de las historias clínicas de pacientes que se hayan realizado examen diagnóstico de VPH y cuyo resultado sea de alto riesgo.

4.8.2 Instrumentos

Los datos fueron recogidos en un formulario de recolección (Anexo 9.1).

4.8.3 Procedimientos. Con la aprobación del trabajo de investigación por parte de las autoridades del Centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y de la Universidad de Cuenca, se procedió a la recolección de datos de los pacientes a través del registro de historias clínicas, se revisaron la totalidad de historias clínicas de pacientes a las cuales se haya solicitado examen de diagnóstico de VPH .

4.9 Procedimientos para garantizar los aspectos Éticos: como se trata de una investigación analítica retrospectiva, en la que no se vio involucrado directamente las pacientes no se utilizó consentimiento informado; pero no se usó nombres ni datos personales que puedan incurrir o violentar la intimidad del paciente.

4.10 Plan de tabulación y análisis. Los datos fueron procesados en Excel 2010 y los análisis se realizaron en el Software SPSS versión 19 para Windows. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva en base a frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central (promedio y DS), se buscó la asociación estadística con χ^2 , Razón de prevalencias (RP), con Intervalo de Confianza del 95%, y el Valor $p < 0.05$ como significativo. Se interpretó la intensidad de asociación.

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 Características generales de la población

Tabla 1. Distribución de 110 pacientes del Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS según edad, procedencia, residencia, nivel de instrucción y ocupación. Cuenca, 2014.

Variable	N=110	%=100
Edad		
21-31 años	25	22,7
31 - 40 años	47	42,7
41 - 50 años	28	25,5
Más de 50 años	10	9,1
Procedencia		
Rural	11	10
Urbana	99	90
Residencia		
Rural	12	10,9
Urbana	98	89,1
Estado civil		
Casada	58	52,7
Divorciada	14	12,7
Soltera	27	24,5
Unión libre	7	6,4
Viuda	4	3,6
Nivel de instrucción		
Primaria	20	18,2
Secundaria	64	58,2
Superior	26	23,6
Ocupación		
Labores en el hogar	8	7,3
Trabajadora activa	101	91,8
Ninguna	1	0,9

\bar{X} = 37,65 años

Desviación estándar= 9,5 años

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

La población de estudio estuvo constituida por 110 mujeres, a las cuales se les realizó pruebas para la identificación de VPH, la media de edad se ubicó en 37,65 años siendo el grupo de edad más frecuente el de 31-40 años con el 42,7% se debe a que es en estas edades donde más importancia cobra la detección de este tipo de virus para poder emprender tareas de prevención ante un resultado positivo; sin embargo resulta ser una media de edad elevada pues se debería realizar este tipo de examen a menor edad.

Tanto la procedencia y la residencia más frecuente fue la urbana; esto sigue la lógica de la población asignada para la atención en el Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS más que a una característica aislada de la población.

El estado civil casada fue el de mayor frecuencia con el 52,7%; y como la infección por VPH se encuentra ligada a las relaciones sexuales, esto podría explicar la mayor prevalencia de mujeres casadas; el 58,2% de los casos el nivel de instrucción fue secundaria, nuevamente este dato se asocia con la población asignada a la atención en este centro médico y por último el 91,8% de la población es trabajadora activa; obviamente las personas que se atienden en esta casa de salud se encuentran ligadas a la actividad laboral y eso las incluye dentro de la población que está sujeta a atención en el Centro de Atención Integral.

5.2 Infección por VPH

Tabla 2. Distribución de 110 pacientes del Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS según infección por VPH, Cuenca 2014.

Infección	N=110	%=100
Presente	80	72,7
Ausente	30	27,3

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

La prevalencia de infección por VPH se ubicó en un 72,7%; como se ha revisado la mayoría de la población es casada y/o ha iniciado su vida sexual activa lo que involucra un contacto sexual, siendo un virus de fácil transmisión y muy común es de esperarse una prevalencia elevada de infección en nuestra población.

5.3 Genotipo de VPH de alto riesgo identificado

Tabla 3. Distribución de 80 pacientes del Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS según genotipo de VPH de alto riesgo, Cuenca 2014.

Genotipo	N=80	%=100
16	39	48,75
16-18	3	3,75
18	6	7,5
33-51	1	1,25
39	1	1,25
42	5	6,25
43	7	8,75
43-6-11	1	1,25
44	1	1,25
52	2	2,5
52-43	1	1,25
56	2	2,5
56-66	1	1,25
59	1	1,25
66	9	11,25

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

Del total de pacientes que dieron diagnóstico positivo para VPH (80 pacientes) el 48,75% presentaron infección por el genotipo 16, siendo el más frecuente; este tipo es el que se ha detectado se presenta con mayor frecuencia, también se debe a una distribución geográfica en nuestro medio el tipo 16 y 18 son los más prevalentes.

5.4 Inicio de vida sexual y número de parejas sexuales

Tabla 4. Distribución de 110 pacientes del Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS según inicio de vida sexual y número de parejas sexuales, Cuenca 2014.

Variable	N=110	%=100
Número de parejas sexuales		
1	62	56,4
2	22	20
3	16	14,5
4	7	6,4
5	3	2,7
Edad de inicio de vida sexual		
Menor o igual a 19 años	46	41,8
20-29 años	61	55,5
30 años o mas	3	2,7

*

\bar{X} = 20,84 años

Desviación estándar= 3,81 años.

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

En lo que respecta al número de parejas sexuales, el 56,4% de la población poseía una pareja sexual este resultado es características propias de la población no se logra determinar el porqué del número de parejas sexuales de nuestra población y el 55,5% de esta población empezó su vida sexual entre los 20-29 años de edad; el inicio de la vida sexual se atribuye a muchas causas sociales, individuales etc. lo que si se menciona que en esta población la media de edad para este fin es elevado en relación con otras poblaciones donde el inicio de vida sexual es en menores edades.

5.5 VPH de alto riesgo según características demográficas

Tabla 5. Distribución de 110 pacientes del Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS según genotipo de VPH de alto riesgo y características demográficas

Cuenca 2014.

Variable	Infección por VPH de alto riesgo				Chi cuadrado	p
	Presente		Ausente			
	n	%	n	%		
Edad						
21-31 años	19	76	6	24	0,74	0,864
31 - 40 años	34	72,3	13	27,7		
41 - 50 años	19	67,9	9	32,1		
Más de 50 años	8	80	2	20		
Procedencia						
Rural	8	72,7	3	27,3	0.00	1
Urbana	72	72,7	27	27,3		
Residencia						
Rural	7	58,3	5	41,7	1,4	0,236
Urbana	73	74,5	25	25,5		
Estado civil						
Casada	41	70,7	17	29,3	1,57	0,813
Divorciada	11	78,6	3	21,4		
Soltera	21	77,8	6	22,2		
Unión libre	4	57,1	3	42,9		
Viuda	3	75	1	25		
Nivel de instrucción						
Primaria	17	85	3	15	2,74	0,254
Secundaria	43	67,2	21	32,8		
Superior	20	76,9	6	23,1		
Ocupación						
Labores en el hogar	7	87,5	1	12,5	1,36	0,5
Trabajadora activa	72	71,3	29	28,7		
Ninguna	1	100	0	0		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

La infección por VPH de alto riesgo fue mayor en pacientes de entre 31-40 años de procedencia y residencia urbana, divorciadas, con un nivel de estudios superior y con ocupación de labores en el hogar.

Ninguna de las variables demográficas se asoció con la presentación de VPH de alto riesgo ($p > 0,05$).

5.6 Factores de riesgo para infección por VPH de alto riesgo

Tabla 6. Distribución de 110 pacientes del Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS según genotipo de VPH de alto riesgo y factores de riesgo, Cuenca 2014.

Variable	Infección por VPH de alto riesgo				RP (IC 95%)	p
	Presente		Ausente			
	n	%	n	%		
Edad						
Menor a 30 años	19	76	6	24	1,05 (0,81-1,37)	0,67
Mayor a 30 años	61	71,8	24	28,2		
Edad de inicio de vida sexual						
Menor o igual a 19 años	34	73,9	12	26,1	2,6 (1,7-4,03)	0,00
20 años o mas	18	28,1	46	71,9		
Parejas sexuales						
Más de 3 parejas	7	70	3	30	0,95 (0,6-1,4)	0,83
Menor o igual a 3 parejas	73	73	27	27		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

En el presente estudio únicamente la edad de inicio de vida sexual a los 19 años o en edades tempranas aumenta el riesgo de infección por VPH de alto riesgo en 2,6 veces (IC 95% 1,7-4,03) en comparación con pacientes con inicio de vida sexual a mayores edades. La edad menor a 30 años ni tener más de 3 parejas sexuales se comportaron como factores de riesgo estadísticamente significativos.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (20) la infección persistente por tipo de VPH oncogénicos es una condición previa para que se desarrolle cáncer cervico uterino, se trata de una enfermedad que afecta aproximadamente a 500000 mujeres y provoca alrededor de 260.000 muertes en todo el mundo; siendo los tipo 16 y 18 los más agresivos causando un 70% del total de cáncer cervico uterino; haciendo de este uno de los principales problemas de salud pública; como en todo proceso cancerígeno la identificación de factores de riesgo hacen que las intervenciones de prevención surtan efecto reductor en el resultado final del cáncer. Si a esta situación sumamos los denominados tipo de alto riesgo que generan lesiones pre cancerosas coloca a esta infección como de importancia capital para evaluar la salud de las mujeres.

En el presente estudio en una población de 110 mujeres a las cuales se les realizo pruebas de detección de VPH de alto grado se detectó que el 72,7% (80 casos) resulto ser positivo para infección; lo que resulta ser un porcentaje elevado; si lo comparamos con los resultados encontrados por Rivera (9) donde entre un 10-20% de las mujeres son VPH positivo.

Hernández y colaboradores (21) en un estudio a 274 mujeres en México, encontraron que la prevalencia de infección por VPH fue de 37.2% (102/ 274); lo que resulta ser en comparación con nuestra prevalencia un dato bastante bajo; estos autores también mencionan que los principales factores de riesgo asociados a infección por VPH fueron: edad, entre 20 y 29 años (RM = 2.82; IC95% 1.02–7.76), al respecto coincide con lo encontrado en nuestra población donde el 76% de las mujeres con edades menores a 30 años fueron las más

afectadas en comparación con pacientes de mayor edad; en lo que respecta a los compañeros sexuales más de dos parejas sexuales en su vida (RM = 1.54; IC 95% 0.7-3.4) en nuestra población el número de parejas sexuales no se asoció con la presentación de infección por VPH de alto riesgo; sin embargo el 73% de las mujeres que presentaron VPH + poseían 3 o menos parejas sexuales y un 70% en mujeres que tuvieron más de 3 parejas.

La prevalencia de nuestra población para la infección por VPH en algunos casos, pero si la comparamos con lo encontrado por Valdivia y colaboradores (9) quienes encontraron una prevalencia de infección de VPH del 94% en mujeres chilenas; además estos autores determinaron que el genotipo de mayor presentación fue el 16 con un 40% lo que resulta en una similitud con el presente estudio donde este genotipo también fue el de mayor presentación con el 48,75%.

El genotipo 18 ha sido encontrado hasta en el 34,4% de las mujeres (11) mientras que en nuestra población fue del 7,5% (en solitario) y un 3,75% en con infección con el genotipo 16; sin embargo las similitudes en cuanto al tipo de genotipo más frecuente.

Los datos sobre los genotipos son variados, Chacón y colaboradores (12) en un estudio llevado a cabo en España, en 171 mujeres con estados citológicos alterados encontraron que el genotipo 16/82 ocupa el primer lugar y se encuentran en 20 muestras, seguido del genotipo 53 presente en 8 muestras cervicales; coincidiendo en el genotipo 16 con lo encontrado en nuestra población.



Mazarico (13) en el año 2012, encontraron en un estudio que involucro 8 años que 3.2% de las pacientes presentan infección por VPH. El 86.4% de ellas es por genotipos de VPH de alto riesgo. Los genotipos de VPH más frecuentes son el VPH 16 (31.2%), el VPH 51 (8.9%); en relación con los datos encontrados en el presente estudio se observa que la prevalencia de infección por genotipos de alto riesgo es menor en este estudio (72,7%) en comparación con lo del estudio mencionado por Mazarico (13) (86,4%) determinando la alta prevalencia de este tipo de infecciones, en lo que respecta al genotipo más frecuente coincide el genotipo 16 es el más frecuente.

Guarch (14) en una muestra de 500 biopsias, mencionan que la estimación de la fracción VPH-16/18 es ligeramente mayor en las regiones más desarrolladas (72-77%) en comparación con las menos desarrolladas (65-72%); esta aseveración resulta ser cierta en nuestra población estos genotipos fueron los más prevalentes coincidiendo con la distribución a nivel mundial de VPH.

Mongelos y colaboradores (15) en el año 2010, en un estudio brasileño encontraron que un total del 28% (34/122) de mujeres tratadas por lesión escamosa intraepitelial positivas para VPH de alto riesgo; esta prevalencia en cambio dista mucho de la encontrada en nuestra población, evidenciando la gran variabilidad de la distribución de los genotipos de alto riesgo.

Según Pagè (22) menciona que la prevalencia de ADN de VPH de alto riesgo fue mucho más alta en las mujeres menores de 30 años que en las mujeres de 30 años o más, en un 8,1% versus un 1,9%. La prevalencia disminuyó significativamente desde el 2,8 al 1,7% entre las mujeres de 30-39 años y las que tenían 40-49 años; al respecto observamos que coincide con lo encontrado

en nuestra población donde las pacientes con edades entre los 21-31 años presentaron una prevalencia de 76% de infección por VPH de alto riesgo; la edad no se asoció estadísticamente con la presentación de VPH de alto riesgo ($p > 0,05$).

Rocha y colaboradores (23) en el año 2012, encontraron que el 57,1 % de las mujeres tuvo su primera relación sexual entre los 13-15 años de edad; el 50 % del grupo mantiene relaciones sexuales con 2-3 parejas por noche; al respecto observamos que al menos la mitad de las mujeres afectadas en nuestro estudio por VPH iniciaron precozmente sus relaciones y el número de parejas sexuales también se ha visto se asocia con la presentación de infección por VPH.

Concha (24) en el año 2012, menciona que la alta incidencia de la infección por VPH está asociada al inicio precoz y mayor frecuencia de la actividad sexual; esta situación se hace evidente en nuestra población donde las mayor prevalencia de infecciones se encontraron en pacientes con inicio más temprano de su vida sexual y con varias parejas; aunque únicamente el iniciar la vida sexual antes de los 20 años resulto aumentar el riesgo de infección por VPH.

De la Fuente y Mira (25) mencionan que las relaciones sexuales sin preservativo, inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales son factores importantes para la infección de VPH; hecho que se ha evidenciado en este estudio.

Según Parra (26) a mayor número de parejas sexuales mayor es el riesgo de contraer VPH, menciona que aproximadamente el 20% de mujeres con una sola pareja sexual tenía infección por VPH, mientras que en aquellas mujeres



que habían tenido 10 o más parejas sexuales la prevalencia de VPH ascendía a un 69%; al respecto en nuestra población las pacientes con más de 3 parejas presentaron una prevalencia de VPH de alto riesgo de 70% y en mujeres con menos o igual a 3 parejas se encontró un 73%, según lo citado el mayor número de parejas no es un factor de riesgo para infección por VPH.

Según Almonte y colaboradores (27) el cáncer de cuello uterino sigue siendo un problema de salud pública en Latinoamérica. El uso de la citología para la detección de lesiones pre-cancerosas no ha tenido mayor impacto en las tasas de incidencia y mortalidad, que aún se mantienen altas en la región. La disponibilidad de nuevas técnicas de tamizaje para la detección de lesiones pre-cancerosas y de vacunas altamente eficaces que previenen casi todas las lesiones relacionadas con VPH-16 y VPH-18 en mujeres no expuestas previamente al virus representan una gran oportunidad para la prevención del cáncer de cuello uterino en la región, y como se ha demostrado en esta investigación los factores de riesgo son variados y aunque en este estudio se demostró uno de ellos como estadísticamente significativo pone en alerta sobre estos factores que pueden generar tareas preventivas.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

En base a los objetivos planteados, y tras la exposición de los resultados se concluye:

- La prevalencia de infección por VPH de alto riesgo fue de 72,7% (80 casos).
- Del total de pacientes que presentaron positivo para VPH (80 pacientes) el 48,75% presentaron infección por el genotipo 16 siendo esta la más frecuente.
- La infección por VPH fue mayor en pacientes de 31-40 años (72,3%), con 3 parejas o menos (73%) y en mujeres con inicio de su vida sexual en edades de 19 años o menos.
- El iniciar las relaciones sexuales en edades de 19 años o inferiores aumenta el riesgo de infección por VPH de alto riesgo en 2,6 veces (IC 95% 1,7-4,03) en comparación con mujeres que iniciaron su vida sexual tras los 20 años.

7.2 RECOMENDACIONES

- Considerar la alta prevalencia de infección por VPH de alto riesgo en mujeres que acuden al CAA 302 del IESS de Cuenca; y procurar tomar medidas preventivas.
- Tras la presentación de los resultados de este trabajo de investigación se conoce la verdadera prevalencia de este tipo de infecciones además



de sus factores de riesgo en mujeres que se atendieron en el Centro de Atención integral del IESS, de esta manera se generaran futuras procesos investigativos.

- Continuar con otras investigaciones sobre el tema de VPH.

CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wanga X, Zhuang J, Wu K, Xub K, Licd M, Lua Y. Human semen: The biological basis of sexual behaviour to promote human papillomavirus infection and cervical cancer. *Med Hypotheses*. 2010;74:1015-6.
2. Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: A worldwide perspective. *J Natl Cancer Inst*. 1995;87:796-802.
3. Cardona J, Puerta J, Flores J. Prevalencia del virus papiloma humano y sus factores de riesgo en hombres: revisión sistemática. Artículo de revisión. *Infectio*. 2011; 15(4): 268-276. Disponible en:
<http://revistainfectio.org/site/portals/0/ojs/index.php/infectio/article/view/474/474>
4. Organización Panamericana de la Salud. PAHO. OMS. OPS/OMS resalta la importancia de la Vacuna contra el VPH en Colombia. 2012. Disponible en:
http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1683:opsoms-resalta-la-importancia-de-la-vacuna-contra-el-vph-en-colombia-&catid=758&Itemid=551
5. Vaca D. Identificación del virus de papiloma humano mediante PCR-RFLP y posterior genotipificación en muestras de tejido cervical parafinado, con diagnóstico histopatológico de displasia severa o cáncer in situ, procedentes del Hospital de SOLCA Núcleo Quito. 2012. Disponible en:
<http://repositorio.espe.edu.ec/handle/21000/5181>



6. Instituto Nacional del Cáncer. Instituto Nacional de Salud de los EEUU. Hoja informativa. 2013. Disponible en:

<http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/VPH-respuestas>

7. Centers for Disease Control and Prevention. VPH. Virus del papiloma: Información sobre el VPH para los médicos. 2007. Disponible en:

http://www.ginecoweb.com/PDF/CDC_HPV_ClinicianBro_2007.pdf

8. República del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. Ley 67. Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006. Disponible en:

http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Ecuador/EC_Ley_Organica_de_Salud.pdf

9. Rivera Z. René, Aguilera T. Jorge, Larraín H Angélica. EPIDEMIOLOGIA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV). Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2002 ; 67(6): 501-506. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600013&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000600013>.

10. Sanabria J. Virus del Papiloma humano. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2009 Dic; 13(4): 168-187. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400019&Ing=es.

11. Valdivia I, Aguayo F, Pruyas M, et al. Genotipos de virus papiloma humano (VPH) en pacientes con cáncer cervico-uterino en un hospital público y una clínica privada de Santiago, Chile. Rev. chil. infectol. [revista en la Internet].



2010 Feb [citado 2014 Jun 02] ; 27(1): 11-15. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-

10182010000100001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716->

[10182010000100001](http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182010000100001).

12. Chacòn J, Mateos M, Rubio M, et al. Genotipos de virus del papiloma humano más frecuentes en mujeres con citología cervicovaginal alterada utilizando técnicas de captura de híbridos y reacción en cadena de la polimerasa. Clinica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Vol. 33. Núm. 03. Mayo 2006. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7/genotipos-virus-papiloma-humano-mas-frecuentes-mujeres-13087818-originals-2006>

13. Mazarico E. Relación existente entre la infección por los diferentes genotipos del Virus del Papiloma Humano y la presencia de patología premaligna y maligna del cuello uterino. Universitat de Barcelona. 2012. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/36571>

14. Guarch R. Estudio de la diversidad de genotipos de VPH en el cáncer de cérvix in situ e infiltrante en la población Navarra. Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. 2008. Disponible en: <http://www.aepcc.org/download/congresos/xx/ponencias/04.html>

15. Mongelos P, Paez m, Rodriguez I, et al. .Detección del virus del papiloma humano de alto riesgo por captura híbrida II según hallazgos citológicos en mujeres tratadas por lesiones escamosas intraepiteliales de cuello uterino, período 2006/2010. Rev BrasEpidemiol 2013; 16(1): 40-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0040.pdf>



16. Vargas V. Virus del papiloma humano. Aspectos epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. Ginecol. Obstet. Méx 1996; Volumen 64(9): 411-417 Disponible en:
http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&ved=0CGMQFjAI&url=http%3A%2F%2Fbvssida.insp.mx%2Farticulos%2F3625.pdf&ei=GFObUuqfAeazsQT_6ICYDA&usq=AFQjCNF6_UN-wHY1qHJfcks41di6N3DGpg&bvm=bv.57155469,d.cWc
17. Lara C. Epidemiología de las infecciones por virus del papiloma humano. 2012. Disponible en:<http://www.slideshare.net/carlangaslara/epidemiologia-de-las-infecciones-por-virus-del-papiloma-2>
18. Palma I. Epidemiología del papiloma humano. Revista Paceaña de Medicina Familiar. Actualizaciones. Rev Paceaña Med Fam 2006; 3(4): 67-70.
19. Croquer Z, Rodríguez A, Avila M, et al. Virus de papiloma humano y factores de riesgo en el desarrollo de cáncer cérvico uterino. Rev VenezOncol 2010;22(1):32-38. Disponible en:
http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0CGkQFjAJ&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.ve%2Fpdf%2Frv%2Fv22n1%2Fart04.pdf&ei=mVmbUo7ale2xsATwmoH4CQ&usq=AFQjCNG5-6drN8Fe5A6g0Vz8kk_unNI-rg&bvm=bv.57155469,d.eW0
20. Organización Mundial de la Salud. OMS. Documento de posición de la OMS sobre las vacunas contra el virus del papiloma humano. 2010. (VPH). Disponible en:
http://www.who.int/immunization/documents/HPV_PP_introd_letter_Spanish.pdf



21. Hernández C, Smith J, Lorincz A. et al. Prevalencia de infección por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos. Salud Pública Méx 2005; Vol. 47(6):423-429. Disponible en:

<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000546>

22. Pagè V. “Muy baja” prevalencia de HPV de alto riesgo en mujeres mayores de 30 años. 2009. Disponible en: <http://www.saludintegraldelamujer.com/muy-baja-prevalencia-de-hpv-de-alto-riesgo-en-mujeres-mayores-de-30-anos/>

23. Rocha C, Juarez M, Ruiz M, et al. Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras. 2012. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_2_12/gin13212.htm

24. Concha X, Urrutia T, Riquelme G. Creencias y virus papiloma humano. Trabajo original. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet].

2012 [citado 2014 Jun 02]; 77(2): 87-92. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

75262012000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717->

[75262012000200002](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000200002).

25. De la Fuente E, Mira L. Las 47 preguntas sobre el virus del papiloma humano, VPH. Med. segur. trab. [revista en la Internet]. 2008 Sep

[citado 2014 Jun 02]; 54(212): 111-119. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-

546X2008000300010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465->

[546X2008000300010](http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2008000300010).



26. Parra P. Características de la infección por Virus Papiloma Humano en la Adolescencia y su manejo. SOGIA Vol. 16 - Nº 1, Año 2009 - AV - Pág. 11.

Disponible en: http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2009/SOGIA_1_2009_1.pdf

27. Ministerio de Salud. Presidencia de la República Argentina. Virus del Papiloma Humano, (VPH o HPV). Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/105-virus-del-papiloma-humano-vph-o-hpv>

28. Jáuregui S. Correlación entre VPH de alto riesgo y sus resultados citohistológicos. XLII REUNIÓN ANUAL BARCELONA. HOSPITAL DEL MAR. PRBB (PARC DE RECERCA BIOMEDICA DE BARCELONA) 16 de marzo de 2013. Disponible en:

http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&ved=0CEEQFjACOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.secitologia.org%2Ffiles%2Fdocumentos%2FCasos%2F2013%2FM%2520Santamaria.pdf&ei=DHabUrCoDeLLsASZ5IHIBA&usq=AFQjCNGtFeXUGikpaqFXpLBHrkSf_tLnJg&bvm=bv.57155469,d.cWc

29. Muñoz N, Reina J, Sánchez G. La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH): una gran arma para la prevención primaria del cáncer de cuello uterino. Colomb Med. 2008;39(2):196-204.

30. Nazzal O, Suárez E, Larraguibel R, Rojas R, Bronda A. Lesiones preinvasoras de cuello uterino: una visión actual. Rev Chil ObstetGinecol. 2006;71(5):341-348.



31. Martínez J, Huerta M, Pezzat E, et al. Factores de riesgo para la infección cervical por el VPH en pacientes VIH+, atendidas en el capisits del Hospital General de Puebla, México. Disponible en:

32. Valtierra F, Figueroa H. Epidemiología del Virus del Papiloma Humano. [seriada en línea] 2006. Disponible en: Rev Cubana ObstetGinecol. Disponible en: <http://www.acmor.org.mx/cuam/biol/244papiloma.pdf>

33. Sarduy M. Experiencia en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical y el carcinoma in situ con radiocirugía. Rev Cubana ObstetGinecol [seriada en línea]; 36(2). 2010. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_02_10/gin10210.htm

CAPITULO IX

9. ANEXOS

9.1 Formulario de recolección de datos



**UNIVERSIDAD DE CUENCA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA DE MEDICINA**

PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO DE ALTO RIESGO Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 302 DEL IESS EN EL AÑO 2013. CUENCA. 2013.

Formulario numero _____

Historia clínica numero _____

Edad en años cumplidos _____

Procedencia: Rural () Urbana ()

Residencia: Rural () Urbana ()

Estado civil: Soltera () Casada () Viuda ()
Divorciada () Unión libre ()

Nivel de instrucción: Ninguno () Primaria ()

Secundaria () Superior ()

Ocupación: Trabajador activo () Labores del hogar ()
Ninguna ()

Infección por VPH de alto riesgo Si () No ()

Genotipo _____

Edad de inicio de vida sexual: _____

Número de parejas sexuales: _____

9.2 Anexo 2.

Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Tiempo en años	Años cumplidos	Numerica
Estado Civil	Condición que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con otro individuo	Estado Legal	Estado civil en el que se encuentra	Casada Soltera Unión libre Viuda Divorciada
Ocupación	Acción o función que se despliega en un ámbito	Tipo de actividades realizadas en un ámbito	Tipo y lugar de trabajo	Trabajador activo Labores del hogar Ninguna
Procedencia	Lugar de nacimiento	Geográfica	Historia clínica	Urbana Rural
Residencia	Lugar de residencia	Geográfica	Historia clínica	Urbana Rural
Nivel de instrucción	Grado académico alcanzado	Académico	Historia clínica	Ninguno Primaria Secundaria Superior
Infección por VPH de alto riesgo	Resultado del examen practicado a mujeres.	Citologica	Resultado	Positivo Negativo
Edad de inicio de vida sexual	Tiempo transcurrido desde la primera relación sexual hasta el momento del examen	Tiempo en años	Años	Numérica
Número de parejas sexuales	Parejas sexuales hasta el momento del examen	Antecedentes	Numero	Numérica