



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

“TIPOS DE PAPILOMA VIRUS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LESIONES INTRAEPITELIALES DE CERVIX EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO LIMA EN COMPARACIÓN CON EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, 2018.”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTORA EN SALUD PÚBLICA

AUTORA:

MERCADO HERRERA MARIA ISABEL

ASESOR:

DR. DIAZ SANCHEZ AUGUSTO AQUILINO

JURADO:

DR. EDGAR JESUS MIRAVAL ROJAS

DR. GLENN ALBERTO LOZANO ZANELLY

DR. JUAN DANIEL ALVITES MORALES

LIMA- PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios por ayudarme cada día a cumplir mis sueños.

A mis Padre, que en donde este, siempre vela por mi y se que soy su orgullo, a mi querida madre, por la fuerza y valentia que siempre me ha transmitido y esta conmigo en cualquier circunstancia.

AGRADECIMIENTOS:

A la Unidad de Post Grado de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

A mi amiga Heidi Inela Méndez Maguiña por su valioso apoyo.

A mi Asesor de Tesis Dr. Augusto Díaz Sánchez.

A mis docentes por su valiosa enseñanza.

A mis Revisores de Tesis

Dra. Gloria Cruz Gonzales.

Dr. Victor Orihuela Paredes.

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS:.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.Planteamiento del Problema:.....	4
1.2. Descripción del Problema:	5
1.3.Formulación del Problema:	8
-Problema General.....	8
-Problemas Específicos:	8
1.4. Antecedentes:	9
1.5.Justificación de la Investigación.	29
1.6 Limitaciones de la Investigación:.....	33
1.7.Objetivos de la Investigación:	34
-Objetivo General:	34
-Objetivos Específicos:.....	34
1.8.Hipotesis.....	35
1.8.1.Hipótesis General:	35
1.8.2. Hipótesis específicas.....	35
II. MARCO TEORICO.....	37
2.1.Marco Conceptual:	37
2.2.Investigaciones Nacionales de Teorías Importantes.	46
III. MÉTODO.....	57

3.1 Tipo de Investigación	57
3.2 Población y Muestra:.....	62
3.3 Operacionalización de Variables:.....	67
3.4 Instrumentos:	71
3.5 Procedimientos:	71
3.6 Análisis de datos.....	73
3.7 Consideraciones éticas	76
IV. RESULTADOS:.....	77
4.1 Resultados de Encuesta:	77
4.2. Contraste de Hipótesis.....	145
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:	149
VI. CONCLUSIONES	178
VII. RECOMENDACIONES:	179
VIII. REFERENCIAS	182
IX.ANEXOS	187
Anexo 1: Instrumento para la recolección de datos	187
Anexo 02:Consentimiento informado	194
Anexo 03. Autorización para ejecutar proyecto de investigación.....	195
Anexo 04. Autorización del hospital nacional Daniel Alcides Carrión	196

RESUMEN

La investigación “Tipos de papilomavirus y factores de riesgo socio demográficos, reproductivos sexuales asociados a lesiones intraepiteliales de cervix en pacientes del Hospital San Juan de Lurigancho Lima en comparación con el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao, 2018”, presentó un diseño de casos y controles, de corte longitudinal (en las que se incluye la toma de datos), con pacientes continuadoras, de los grupos en mayor porcentaje de Casos entre 43-47 años 36%, Controles de 28-32 años 24% en el Hospital Daniel Alcides Carrión y mayor porcentaje de Casos entre 38-42 años 32%, Controles de 43-47 años 40% en el Hospital San Juan de Lurigancho.

Se halló un valor $p= 0.000 < 0.05$, por lo tanto se acepta que en el Grupo de Casos la asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores de riesgo demográfico, reproductivo y sexual y la tipificación del virus, es mayor que en el grupo de controles.

Se han detectado en el grupo de Controles, que el Hospital San Juan de Lurigancho, ha presentado casos en VHP, en 16 y 31 (2), 39 (2), 39 y 56 (2) y 59 (2) con un total de 8. Por su parte en el Hospital Daniel Alcides Carrión, hacen un total de 14, y son 31(2), 33 y 52 (2) 39(2), 45(4) y 52(4).

Palabras claves: Tipos de papilomavirus. Factores de riesgo. Lesiones intraepiteliales de cervix

ABSTRACT

The research “Types of papillomavirus and socio-demographic, sexual reproductive risk factors associated with cervical intraepithelial lesions in patients of the San Juan de Lurigancho Lima Hospital compared to the Daniel Alcides Carrión Callao National Hospital, 2018”, presented a case design and controls, of longitudinal cut (in which the data collection is included), with continuing patients, of the groups in the highest percentage of cases between 43-47 years 36%, Controls of 28-32 years 24% in the Daniel Alcides Hospital Carrión and the highest percentage of Cases between 38-42 years 32%, Controls 43-47 years 40% at the San Juan de Lurigancho Hospital.

A value of $p = 0.000 < 0.05$ was found, therefore it is accepted that in the Case Group the association of Intraepithelial Lesions of Cervix with demographic, reproductive and sexual risk factors and virus typing is greater than in the group of controls.

They have been detected in the group of Controls, that the Hospital San Juan de Lurigancho, has presented cases in VHP, in 16 and 31 (2), 39 (2), 39 and 56 (2) and 59 (2) with a total of 8. For their part in the Daniel Alcides Carrión Hospital, they make a total of 14, and are 31 (2), 33 and 52 (2) 39 (2), 45 (4) and 52 (4).

Keywords: Types of papillomavirus. Risk factor's. Intraepithelial cervix lesions

RESUMO

A pesquisa “Tipos de papilomavírus e sociodemográficos, fatores de risco sexuais reprodutivos associados a lesões intra-epiteliais cervicais em pacientes do Hospital San Juan de Lurigancho Lima em comparação com o Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao, 2018”, apresentou um projeto de caso e controles, de corte longitudinal (em que se inclui a coleta de dados), com pacientes em evolução, dos grupos no maior percentual de casos entre 43-47 anos 36%, controles de 28-32 anos 24% no Hospital Daniel Alcides Carrión e o maior percentual de casos entre 38-42 anos 32%, controles 43-47 anos 40% no Hospital San Juan de Lurigancho. Um valor de $p = 0,000 < 0,05$ foi encontrado, portanto, é aceito que, no Grupo caso, a associação de lesões intraepiteliais do colo do útero com fatores de risco demográfico, reprodutivo e sexual e tipagem viral é maior do que no grupo de controles.

Foram detectados no grupo de controles, que o Hospital San Juan de Lurigancho, apresentou casos em PSV, em 16 e 31 (2), 39 (2), 39 e 56 (2) e 59 (2) com um total de 8. Por sua parte no Daniel Alcides Carrión Hospital, eles fazem um total de 14, e são 31 (2), 33 e 52 (2) 39 (2), 45 (4) e 52 (4).

Palavras-chave: Tipos de papilomavírus. Fatores de risco. Lesões intra-epiteliais do colo do útero

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer cervical ocurre en todo el mundo, pero las tasas de incidencia más altas se encuentran en América del Sur, África oriental, Asia meridional y Sudoriental y el Pacífico occidental. En las últimas tres décadas, las tasas de cáncer cervical han disminuido en la mayoría de los países desarrollados, en gran parte como resultado de los programas de detección y tratamiento.

En contraste, las tasas en la mayoría de los países en desarrollo los países han aumentado o se han mantenido sin cambios.

El cáncer cervico uterino, es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la población femenina, fue responsable de más de 250 000 muertes en el 2005, cerca del 80% de las cuales ocurrieron en países en desarrollo. Si no se toman medidas urgentes, se prevé que las defunciones a causa del cáncer cervico uterino aumentarán casi un 25% en los próximos 10 años. (Control Integral de Cáncer cervico uterino (Guía práctica esencial-2014).

Actualmente en Perú, se diagnostican aproximadamente cuatro mil nuevos casos de neoplasia maligna cervical cada año, y aproximadamente tres cuartas partes se diagnostican en una etapa avanzada. Según esta cifra, se estima que aproximadamente 1,800 mujeres mueren de crecimiento maligno cada año, un promedio de aproximadamente 5 mujeres por día en el país. Aunque la mayoría de las infecciones por VPH no causan síntomas, la enfermedad genital persistente por VPH puede causar malignidad cervical en las mujeres. Casi todos los casos de crecimiento cervical maligno (99%) están relacionados con la infección genital por VPH, que es la infección viral más común del sistema reproductivo. El VPH también puede causar otros tipos de enfermedades. trasero genital, crecimientos malignos de la cabeza y el cuello y verrugas

genitales en hombres y mujeres. Las enfermedades por VPH se transmiten por contacto sexual. (La Organización Mundial de la Salud OMS-2017). El 40% de los casos de cáncer de cuello uterino se previenen con método de diagnóstico precoz así como su tratamiento oportuno (La Organización Mundial de la Salud OMS-2013).

En Perú, una mujer muere de cáncer cervical cada 5 horas. El cáncer de cuello uterino es el cáncer más reportado en mujeres (24.1% de los cánceres en mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres); y es la tercera causa principal de muerte por cáncer entre las mujeres. (Guía de práctica clínica para la prevención y gestión del cáncer de cuello uterino-2017). Por lo tanto, un problema de salud pública.

Hospital San Juan de Lurigancho ubicado av. Canto Grande S / N Paradero 11, Distrito de San Juan de Lurigancho, pretende convertirse en un hospital líder en la prestación de servicios de salud, liderando un modelo innovador de atención especializada, que ofrece atención integral y de calidad, con infraestructura adecuada, equipos de alta tecnología, desarrollo educativo y de investigación, promoción de la seguridad y salud en el trabajo, integración social y recursos humanos competentes y comprometidos, que contribuyen al desarrollo humano de la sociedad. población y su misión es ser un órgano descentralizado del MINSA, categorizado como hospital de mediana complejidad, nivel II-2, y que se proyecta elevar su nivel III-1, en los próximos años, que brinda servicios de cuidado integral a través de la atención especializada a demanda de la población, con oportunidad, calidad y calidez humana, contamos con equipos biomédicos modernos y recursos humanos capacitados.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, ubicado en 1319 Avenida Guardia Chalaca, Distrito Bellavista Callao, es un establecimiento registrado. Reconocido por su excelencia en la gestión especializada de la salud, con su talento humano capacitado y recertificado. con una cultura organizacional proactiva, gestión efectiva e innovadora, desarrollo de

procesos de mejora continua y satisfacción del usuario. Y su misión es ser un hospital nacional de categoría III-1 en la región del Callao, dedicado a la salud de la población, que brinde atención especializada e integral y un tratamiento digno, alentador y respetuoso de la interculturalidad, e igualdad de género; con equipos multidisciplinarios altamente calificados y tecnología moderna; quien desarrolla actividades de enseñanza e investigación.

Este trabajo se ha estructurado en cinco capítulos, los mismos que se describen a continuación:

El primer capítulo contiene la declaración del problema, es decir, la descripción de la realidad sobre la cual se desarrolló la investigación; justificación e identificación de variables.

El segundo capítulo corresponde al marco teórico de la encuesta; Se presentan todos los conceptos relacionados con la investigación, así como la teoría sobre las características epidemiológicas, etiológicas y clínicas de la infección por VPH y los factores de riesgo en mujeres del hospital San Juan de Lurigancho en comparación con el hospital nacional Daniel Alcides Carrión Callao, 2017.

En el tercer capítulo, se desarrolló el marco metodológico de la investigación, la operacionalización de las variables y el establecimiento del nivel de concepción, además de la forma en que se llevó a cabo la subcontratación de las hipótesis y la validación de fiabilidad del modelo

En el cuarto capítulo, se realizó el análisis estadístico de la información obtenida durante la recopilación de datos del VPH y el período de recopilación, así como la interpretación de los resultados obtenidos utilizando instrumentos y técnicas. Medida

Finalmente, en el Quinto Capítulo, se dio a conocer las *conclusiones* que son las respuestas a los objetivos planteados en el Capítulo I, y *las recomendaciones* producto de la experiencia obtenida.

Determinando resultados que nos permitan poder proporcionar al Ministerio de Salud en la elaboración de una mejor Guía Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino.

1.1. Planteamiento del Problema:

Según (Control integral del cáncer cervico uterino de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014). El cáncer cervical es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres. Se estima que a lo largo de millones de mujeres en todo el mundo actualmente tienen cáncer cervical. La mayoría de estas mujeres no han sido diagnosticadas, ni tienen acceso a un tratamiento que pueda curarlos o prolongar sus vidas. En 2012, se diagnosticaron 528 000 casos nuevos de cáncer cervical y murieron 266 000 mujeres. La enfermedad, casi el 90% de ellos en países de ingresos bajos a medios. Sin atención urgente, se proyecta que las muertes por cáncer cervical aumentarán en casi un 25% en los próximos 10 años. El cáncer cervical ocurre en todo el mundo, pero las tasas de incidencia más altas se encuentran en América del Sur, África oriental, Asia meridional y sudoriental y el Pacífico occidental. En las últimas tres décadas, las tasas de cáncer cervical han disminuido en la mayoría de los países desarrollados, en gran parte como resultado de los programas de detección y tratamiento. En contraste, las tasas en la mayoría de los países en desarrollo los países han aumentado o se han mantenido sin cambios. También existen grandes diferencias en los países desarrollados que, en el mundo, donde las mujeres rurales y más pobres están en mayor riesgo de cáncer cervical invasivo. La mayoría de las mujeres que mueren de cáncer cervical, particularmente en países en vías de desarrollo, están en el

primor de sus vidas. Pueden estar criando niños, cuidando a sus familias y contribuyendo a la vida social y económica de sus pueblos y aldeas. La muerte de una mujer es a la vez una tragedia personal y una pérdida triste e innecesaria para su familia y su comunidad, con grandes repercusiones para el bienestar de ambos. Estas muertes son innecesarias porque existe evidencia convincente de que el cáncer cervical es uno de los más prevenibles y formas tratables de cáncer si se detecta temprano y se maneja con eficacia. Si bien es menos probable que los países menos desarrollados carezcan de sistemas de salud eficaces y recursos financieros adecuados en comparación con los países desarrollados, es crucial para subrayar que otro de los conductores de cáncer cervical más ignorado, pero más poderoso es la falta de igualdad para las mujeres en términos de acceso a la atención médica en muchas sociedades. Nosotros podemos atender las necesidades de recursos adecuados y mejorar la atención médica para las mujeres en países en desarrollo. Y también podemos buscar entender mejor la *desigualdad de género* y tenerlo en cuenta en el *diseño de políticas y programas de salud*, así como en otros importantes determinantes sociales de la salud, como la riqueza, la educación, la religión y la etnicidad.

1.2. Descripción del Problema:

En 2007, como cuestión de política, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución que comprometió a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus estados miembros al proceso de la incorporación de la perspectiva de género. La incorporación de la perspectiva de género se refiere al proceso sistemático de entendiendo el género y tomándolo en cuenta en el diseño, implementación y evaluación de todas las políticas y programas. Este conocimiento y acción es un elemento esencial. Componente del desarrollo de programas equitativos y accesibles, incluyendo programas innovadores maneras de llegar a las mujeres, especialmente a las

más desfavorecidas. Mientras continúa abogando por una mayor atención y recursos para la salud de las mujeres, más allá de la relación con la atención materna y la planificación familiar, la OMS también participa activamente en el fortalecimiento de sistemas de salud en general, y en el desarrollo, prueba e implementación de tecnologías para hacer viable y asequible la atención integral del cáncer cervico uterino en países de ingresos medios. Los nuevos desarrollos tecnológicos ofrecen el potencial para abordar el cáncer cervical de una manera más integral y construir un futuro más saludable para las niñas y las mujeres.

Según la (OPS/OMS 2015). La infección crónica por el virus del papiloma humano (VPH), una infección común y de transmisión sexual, es la principal causa de cáncer de cuello uterino en las mujeres. También es un factor de riesgo de cáncer de pene en hombres y anal en hombres y mujeres. El VPH que infecta los genitales también puede infectar la boca y la garganta y contribuir al desarrollo de cáncer en estos sitios.

El VPH generalmente se transmite de persona a persona a través del contacto de piel a piel durante cualquier tipo de relación sexual. La infección por VPH es muy común y la mayoría de las mujeres y los hombres pueden tenerla en algún momento de sus vidas, incluso si no la conocen o no tienen síntomas. En la mayoría de las personas, la infección por VPH desaparece en menos de un año, sin causar ningún problema de salud. Pero en algunas personas, especialmente en las personas mayores de 30 años, la infección persiste durante años y puede causar cáncer. El VPH puede causar cambios en las células cervicales. Los tipos de cambios van desde lesiones de bajo riesgo, lesiones precancerosas hasta cáncer. Las verrugas genitales causadas por el VPH pueden desaparecer solas o requerir su extirpación, pero generalmente no causan cáncer.

Las lesiones precancerosas son una etapa precursora del cáncer cervical. Estas lesiones pueden volverse cancerosas durante muchos años si no se tratan temprano. Aunque no existe cura para la infección por VPH, existen tratamientos para las verrugas, las lesiones y los cambios precancerosos y cancerosos causados por el virus.

Las mujeres más expuestas al cáncer cervical son las mujeres que tienen infección persistente por VPH y las mujeres que tienen otros factores de riesgo, como el sexo muy joven, o si ella o la pareja han tenido varias parejas sexuales en los últimos años. Hay otros factores que aumentan el riesgo de VPH y cáncer de cuello uterino en las mujeres, pero eso no los causa ellos mismos.

Están más en riesgo:

Los que dieron a luz a tres o más hijos.

Los que tuvieron hijos antes de los 17 años.

Mujeres que fuman

Quienes tienen una enfermedad que afecta el sistema inmunitario.

Los que no se someten a exámenes preventivos.

1.2.1 Espacial: El estudio se realizó en los servicios de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao.

1.2.2 Temporal: El proyecto se efectuó durante los 12 meses del año 2018.

1.2.3 Social: La población de estudio estuvo constituido por las pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia mayores de 18 años a más en el Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

1.2.4 Conceptual: En este estudio se tomaron en cuenta las bases teóricas relacionadas con Lesión Intraepitelial Cervical (LIE) y los factores de riesgo

relacionados como causales más frecuentes de los tipos de Papilomavirus, los antecedentes patológicos personales contribuyentes y las características socio demográficas de las pacientes.

1.3. Formulación del Problema:

-Problema General:

¿Se podrá Determinar si existe Asociación de las Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los Tipos de Papilloma Virus y Factores de Riesgo; Socio demográfico, Reproductivos Sexuales, mediante un estudio de Casos y Controles en pacientes del Hospital San Juan de Lurigancho Lima en comparación con el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao, 2018.

-Problemas Específicos:

-Problema Específico (1):

¿Se podrá conocer si en el grupo de Casos, la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix, con los Factores Socio demográficos es mayor que en el Grupo de Controles?

Problema Específico (2):

¿Se podrá decidir si en el grupo de Casos la Asociación, con Lesiones Intraepiteliales de Cérvix, con los Factores Reproductivos y Sexuales es mayor que en el Grupo de Controles?

Problema Específico (3):

¿Se Podrá Precisar si en el grupo de Casos la Asociación, con Lesiones Intraepiteliales de Cérvix, con la tipificación de catorce Tipos de Papiloma Virus es mayor que en el Grupo de Controles?

1.4. Antecedentes:

Internacional:

(Selmouni, 2017). "Evaluación de la implementación del programa de detección precoz del cáncer del cuello uterino-región Meknès Tafilalet, Marruecos". Tesis Doctoral Memoria para optar el Grado de Doctora en la Universidad Complutense de Madrid, España. El programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino, basado en una inspección visual con ácido acético, destinado a reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con este cáncer, se ha implementado progresivamente en Marruecos desde 2011. El objetivo principal de esta tesis es evaluar la implementación de este programa en la región de Meknès-Tafilalet, una de las primeras áreas en las que se lanzó, así como formular algunas recomendaciones de adaptaciones para aumentar las posibilidades los objetivos establecidos. El método de trabajo se basa en las principales claves de evaluación de los programas europeos presentados por la Comisión Europea. Los datos recopilados por el estudio provienen de diferentes fuentes: revisión de la literatura, explotación de la documentación; Observación de los procedimientos de prueba de IVA y colposcopia y revisión de los archivos del programa y registros médicos de mujeres registradas. El enfoque condujo a una descripción detallada de la implementación regional del programa y al análisis de los elementos favorables y desfavorables de esta implementación, implementados gradualmente en la región y los recursos asignados fueron relativamente suficientes para su implementación. Sin embargo, la tasa de participación de la población objetivo fue muy baja en comparación con el objetivo del programa, ya que un número muy alto de mujeres VIH positivas perdió la vista. El tratamiento de las lesiones precancerosas no siempre se realiza de acuerdo con el protocolo elegido en el

programa. En términos de calidad de servicio, los profesionales de la salud aconsejaron a las mujeres con un diagnóstico negativo (85.5%) y a las mujeres correctamente orientadas con un diagnóstico positivo (85.1%).

(Moreno Docon, 2014). *Infección por el Virus del Papiloma Humano en Mujeres con Lesión Intraepitelial Cervical, aspectos Viroológicos y Clínico-patológicos, Murcia-España*. Concluyen que la importancia clínica de las infecciones múltiples es un tema controvertido en los estudios epidemiológicos. Algunos de los autores (Chaturvedi y Col., 2005; Herrero y col., 2005) sugieren que las infecciones múltiples puede favorecer la aparición de las lesiones precursoras de cáncer cervical, mientras que otros casos (Bosch y col., 2002; Herrero y col., 2000; Levi y col., 2002; Selva L y col., 2009), al igual que ocurre en nuestro estudio no se ha podido demostrar que dichas infecciones múltiples presenten mayor riesgo de lesiones precursoras que aquellos producidos por un solo tipo de VPH.

Alberto Romo Melgar, (2011). Infección por Virus del Papiloma Humano en varones pareja de mujeres infectadas y concordancia del tipo viral, Salamanca-España. La prevalencia de infección por VPH en una población de varones con factores de riesgo para la misma es alta. a. Los tipos virales más frecuentes en nuestra muestra fueron el 6, el 16, 66, el 84 y el 51. b. La infección por varios tipos virales es muy frecuente. La prevalencia de infección por VPH en los varones pareja de mujeres infectadas al principio del estudio es igualmente elevada. a. La distribución de tipos virales al inicio del estudio, en los varones pareja de mujeres infectadas, con los tipos 16, 53, 84 y 66 como los más frecuentes, fue significativamente diferente de la de la muestra general de varones, pero similar a la de sus mujeres. b. También un alto porcentaje de los varones infectados de la

muestra de parejas era portador de múltiples tipos. La concordancia de todos los tipos virales presentes en una pareja fue infrecuente, apoyando de esta manera nuestras hipótesis basadas en observaciones clínicas. a. La concordancia de algún tipo viral aislado fue la situación más frecuente, por lo que no puede afirmarse que los tipos de los que sea portadora la mujer no guarden ninguna relación con los que, a su vez, albergue su pareja masculina b. La falta total de concordancia de los tipos virales en los dos miembros de la pareja no fue tampoco algo insólito. No se ha encontrado ningún factor de riesgo que justifique la falta de concordancia de manera definitiva, aunque sí indicios de que podría haberlos a. Podría existir un mayor tropismo de algunos tipos virales por el epitelio cervical b. La concordancia total es más frecuente en parejas en las que la mujer solo es portadora de tipos de bajo riesgo, posiblemente debido a que estos son más frecuentes en la muestra general de varones. c. Las diferencias en cuanto a la eliminación o persistencia de unos tipos virales u otros entre varones y mujeres podría contribuir a la discordancia de los tipos virales entre los miembros de la pareja. La infección por VPH tiende a hacerse persistente en los varones pareja de mujeres infectadas a. La eliminación completa de la infección por VPH fue infrecuente b. La eliminación de parte de los tipos de VPH en los sujetos que eran portadores de los mismos al inicio del estudio sí fue habitual c. La evolución de la infección no fue igual para todos los tipos i. Los tipos 16 y 53 se eliminaron con mayor frecuencia, de manera que la distribución de tipos virales a los cuatro meses fue diferente a la del momento del inicio del estudio, diferenciándose de la de las mujeres y asemejándose a la muestra general de varones. ii. El tipo 84 resultó especialmente persistente d. No se encontró una relación estadísticamente significativa de la erradicación total ni de la eliminación de algunos tipos aislados con ninguna de las variables estudiadas.

e. Fue relativamente frecuente la presencia de tipos virales nuevos en las visitas sucesivas, pudiendo explicarse por diferentes mecanismos, como la simple adquisición de los mismos. O por limitaciones de la técnica utilizada para su detección. i. La adquisición de nuevos tipos virales se asoció de manera significativa con el uso de tabaco por parte del varón.

(So Ka, 2019). “Riesgo específico del genotipo del virus del papiloma humano en la carcinogénesis cervical. J Gynecol Oncol. 2019 julio; 30 (4): e52”.

Objetivo: Evaluar el riesgo de infecciones por el virus del papiloma humano (VPH) específicos del genotipo para el espectro de carcinogénesis cervical y la distribución de los tipos de VPH según la edad y las diferentes lesiones cervicales.

Métodos: Este estudio incluyó a mujeres con VPH positivas que se sometieron a biopsia cervical en el Cheil General Hospital & Women's Healthcare Center entre el 1 de julio de 2011 y el 31 de diciembre de 2017. El genotipado del VPH se llevó a cabo utilizando un kit de chips de ADN para el VPH de Cheil. Resultados: La muestra del estudio consistió en 400 casos normales, 399 neoplasia intraepitelial cervical (CIN) 1, 400 CIN 2, 400 CIN 3 y 389 casos de cáncer de cuello uterino. El VPH 16 fue el tipo más común encontrado con una prevalencia del 9,5% en normal, del 6,8% en CIN 1, del 15,0% en CIN 2, del 44,5% en CIN 3 y del 64,3% en el cáncer de cuello uterino. Los tipos de VPH más comunes fueron 16, 52, 58, 53, 51, 56, 68 y 18 en todas las muestras de estudio. El VPH 16, 31, 33 y 58 eran más frecuentes en CIN 2/3 y cáncer, y el VPH 39, 51, 53, 56, 66 y 68 eran más frecuentes en CIN 1 y casos normales ($p < 0.001$). En CIN 3 y cáncer de cuello uterino, el VPH 16 fue el tipo más común en todos los grupos de edad. El VPH 52 fue el tipo más común en CIN 2 (todos los grupos de edad) y en casos de CIN

1/normal (edad 30 años). Entre los tipos de VPH de alto riesgo, 16, 31, 33, 52 y 58 mostraron un riesgo significativo de enfermedad de alto grado. Conclusiones: El VPH 16, 31, 33, 52 y 58 mostró el riesgo significativo de enfermedad de alto grado para la carcinogénesis cervical.

(Koliopoulos, 2017)” *Citología versus Pruebas de VPH para detección de cáncer de cuello uterino en la población general. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas, número 8. Art. No.: CD008587*”

Si bien es menos probable que las pruebas de VPH se pierdan los casos de CIN 2+ y CIN 3+, estas pruebas conducen a derivaciones más innecesarias. Sin embargo, una prueba de VPH negativa es más tranquilizadora que una prueba citológica negativa, ya que es más probable que la prueba citológica sea falsamente negativa, lo que puede conducir a retrasos en el tratamiento adecuado. Se necesitan pruebas de estudios longitudinales prospectivos para establecer las implicaciones clínicas relativas de estas pruebas.

Sohrabi A. (2017). ¿Está aumentando la incidencia de múltiples genotipos de VPH en las infecciones genitales? J Infect Public Health. Nov - Dec; 10 (6):730-733. La frecuencia del cáncer cervical relacionado con el virus del papiloma humano (VPH) ha aumentado notablemente en los países menos desarrollados. Por lo tanto, la aplicación de métodos de diagnóstico capaces es urgente, al igual que tener una estrategia terapéutica como un paso efectivo para la prevención del cáncer cervical. El objetivo de este estudio fue investigar la prevalencia de varios patrones de infección por VPH multi-tipo y su posible incidencia creciente en mujeres con infecciones genitales. Este estudio descriptivo se realizó en mujeres que asistieron a los laboratorios clínicos de referencia en Teherán para infecciones

genitales desde enero de 2012 hasta diciembre de 2013. Se recogieron un total de 1387 muestras de lesiones y raspado cervical de archivo de mujeres referidas. El genotipado del VPH se realizó utilizando tecnologías de diagnóstico comercial aprobadas con el VNO INNO-LiPA o con los kits de prueba Geno Array. El VPH fue positivo en 563 casos (40.59%) con una edad media de 32.35 ± 9.96 . Se detectaron genotipos de VPH individuales, múltiples y casos no tipificables en 398 (70.69%), 160 (28.42%) y 5 (0.89%) casos, respectivamente. Se detectaron múltiples infecciones por VPH en 92 (57.5%), 42 (26.2%), 17 (10.6%) y 9 (5.7%) casos como dos, tres, cuatro y cinco o más genotipos, respectivamente. La prevalencia de 32 genotipos de HPV se determinó uno por uno. Se identificaron 17 genotipos de VPH en el 95.78% de todas las infecciones positivas. Cinco genotipos dominantes, HPV6, 16, 53, 11 y 31, se identificaron en un total de 52.35% de los casos positivos de HPV. En el presente estudio, pudimos evaluar la tasa de múltiples tipos de VPH en las infecciones genitales. Sin embargo, es necesario evaluar el papel de los tipos dominantes de bajo riesgo de VPH y los nuevos genotipos probablemente de alto riesgo, como el VPH 53, en el aumento de la incidencia de infecciones genitales.

(Fitzpatrick MB., 2019) "Int J Infect Dis. May; 82: 21-29, Prevalencia de hrHPV y distribución de tipos en zonas rurales de Zimbabwe: un estudio de auto-recolección basado en la comunidad que utiliza pruebas de HPV cerca del punto de atención". Objetivos: Los virus del papiloma humano de alto riesgo (hrHPV, por sus siglas en inglés) son los agentes causantes del cáncer cervical, la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres de Zimbabwe. El objetivo de este estudio fue describir los tipos de hrHPV encontrados en Zimbabwe para su

consideración en los esfuerzos de detección y vacunación del cáncer cervical. Diseño y Métodos; Para determinar la prevalencia de hrHPV y la distribución de tipos en Zimbabwe, implementamos un estudio transversal basado en la comunidad de muestras cervico vaginales auto recolectadas con detección de hrHPV utilizando Cepheid GeneXpert HPV cerca del punto de atención. Resultados: La prevalencia de hrHPV fue del 17% (112/643); 33% (41/123) contra 14% (71/520) entre los participantes VIH-1 positivo y negativo, respectivamente ($p = 2.3E-07$). La escritura a través de Xpert HPV mostró un acuerdo general muy bueno (77.2%, $\kappa = 0.698$) con el kit de detección Seegene Anyplex II HPV HR. Los tipos más comunes fueron HPV16, HPV18, HPV35, HPV52, HPV58, HPV68, HPV18 y HPV51, cada uno de los cuales apareció en el 14-20% de las infecciones. El 37% (28/76) de las mujeres con resultados de citología positivos (ASCUS +) tenían un tipo no incluido en la vacuna básica y el 25% (19/76) tenía un tipo que no se encuentra actualmente en la vacuna nonavalente, Conclusiones: La distribución del tipo hrHPV incluye tipos menos comunes de alto riesgo en las zonas rurales de Zimbabwe. La distribución y la carcinogenicidad de la distribución de tipo hrHPV deben considerarse durante el diseño del ensayo de selección, el desarrollo del programa, así como la distribución y el diseño de la vacuna.

(Egli-Gany D, , 2019) "Distribución del genotipo del virus del papiloma humano y características socio conductuales en mujeres con cáncer cervical y cáncer al inicio de un programa de vacunación contra el virus del papiloma humano: el estudio CIN3 +. BMC Cáncer. 30 de enero; 19 (1): 111. doi: 10.1186 / s12885-018-5248-a." La Oficina Federal de Salud Pública de Suiza ha recomendado la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) para prevenir el cáncer

cervical desde 2008. Para establecer un monitoreo del futuro impacto de la vacunación en la salud pública, se requieren datos de referencia basados en la población. Los objetivos de este estudio fueron examinar la distribución de los genotipos oncogénicos de VPH en las biopsias con neoplasia intraepitelial cervical en estadio 3 o más lesiones graves (CIN3 +) al inicio de los programas de vacunación contra el VPH y comparar los factores socio demográficos y conductuales de las mujeres con CIN3 + con mujeres en la población general Suiza.

Métodos: Realizamos un estudio transversal retrospectivo y prospectivo con mujeres diagnosticadas con CIN3 + en Suiza. Participaron diez institutos de patología de seis cantones y tres regiones lingüísticas. Llevamos a cabo la tipificación de VPH en muestras de formaldehído fijadas en parafina incluidas en 2014 y 2015. Se pidió a las mujeres inscritas en 2015 que completaran un cuestionario. Describimos las frecuencias de los tipos de VPH. También comparamos las características demográficas y el estado socioeconómico en el grupo CIN3 + plus con la Cohorte Nacional de Suiza en 2014 y comparamos los factores de riesgo de infección por VPH con la Encuesta de salud de Suiza en 2012.

Resultados: Incluimos 768 biopsias de 767 mujeres. Cuatrocientas setenta y cinco (61.8%) biopsias fueron positivas para HPV 16 y / o 18, 687 (89.5%) fueron positivas para genotipos oncogénicos de HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 y / o 58 y cinco (0.7%) fueron VPH negativos. Veintiocho (10.3%) de las 273 mujeres que completaron el cuestionario de pacientes informaron haber recibido al menos una dosis de una vacuna contra el VPH. En comparación con las mujeres suizas en los seis cantones del estudio, menos mujeres en el grupo de estudio CIN3 + plus eran de nacionalidad suiza, más nacieron en el extranjero y más solteras. El grupo de estudio también tuvo una mayor proporción de mujeres con ≥ 2 parejas en el último

año, fumadores actuales y era más joven a la edad de la primera relación sexual. Conclusiones: La introducción de la vacuna nonavalente podría cubrir aproximadamente el 90% de las lesiones CIN3 + en mujeres suizas, en comparación con alrededor del 60% con la vacuna cuadrivalente. La vigilancia de la distribución del genotipo del VPH en CIN3 +, junto con la información sobre la vacunación y la incidencia de CIN3 + permitirá el monitoreo del impacto en la salud pública de los programas de vacunación.

(Wang WP, 2019). “Prevalencia y atribución de VPH de alto riesgo en diferentes tipos histológicos de cáncer cervical. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. May 25; 54(5):293-300”. Objetivo: investigar la prevalencia de los subtipos de VPH de alto riesgo en diferentes tipos patológicos de cáncer cervical y analizar la atribución de los subtipos de VPH carcinogénicos en diferentes tipos patológicos. Métodos: Un total de 1 541 pacientes con cáncer cervical fueron tratados entre febrero de 2009 y octubre de 2016 en el Hospital de Cáncer, la Academia China de Ciencias Médicas y el Colegio Médico de la Unión de Pekín. La mediana de edad en el momento del diagnóstico fue de 49 años (rango 20-82 años). El número de pacientes con cáncer cervical del norte de China, noreste de China, este de China, centro de China y otras regiones (incluido el noroeste, suroeste y sur de China) fue de 961, 244, 175, 87 y 74 casos, respectivamente. Tipos patológicos: 1 337 casos de carcinoma de células escamosas (SCC), 87 adenocarcinoma habitual (ADC), 23 carcinoma adenoescamoso (ASC), 20 carcinoma mucinoso (MC), 19 carcinoma de células claras (CCC), 12 carcinoma endometriode (EC), 25 carcinoma neuroendocrino (NEC), 9 carcinoma seroso (SC), 5 adenocarcinoma vellosos (VADC) y 4 adenocarcinoma de desviación mínima (MDAC). Se analizó la

prevalencia de VPH de alto riesgo en diferentes regiones, grupos de edad en el momento del diagnóstico y tipos patológicos en el cáncer cervical. Se calcularon la atribución de 13 subtipos de VPH de alto riesgo en diferentes tipos patológicos de cáncer cervical en función del método de atribución proporcional y la atribución de los subtipos de VPH de alto riesgo prevenidos por la vacuna contra el VPH 9-valente en SCC y ADC. Resultados: (1) La prevalencia de VPH de alto riesgo en 1 541 pacientes con cáncer cervical fue de 86.6% (1 335/1 541). La tasa de infección por VPH de alto riesgo múltiple en pacientes con SCC ≥ 60 años (23.0%, 37/161) fue significativamente más alta que en pacientes de 45-59 años y ≤ 44 años [11.4% (85/747) vs 11.7% (50/429), $P < 0.01$], y las tasas de infección por VPH de alto riesgo en pacientes con cáncer cervical en el norte de China, noreste de China, este de China, China central y otras regiones fueron respectivamente 86.8% (834/961), 87.7% (214/244), 83.4% (146/175), 83.9% (73/87) y 91.9% (68/74). SCC (86.8%, 1 337/1 541) y ADC (5.6%, 87/1 541) fueron los tipos patológicos más comunes en el cáncer cervical. La prevalencia de VPH de alto riesgo de SCC, ADC, ASC, MC, NEC y VADC fue de 90.1% (1 205/1 337), 74.7% (65/87), 87.0% (20/23), 65.0% (13 / 20), 72.0% (18/25) y 5/5 respectivamente. Las tasas de infección por VPH de alto riesgo de SC, EC, CCC y MDAC fueron 4/9, 3/12, 2/19 y 0/4 respectivamente. (2) Según la atribución proporcional, HPV 16 (69.5%), HPV 18 (5.6%), HPV 58 (2.2%), HPV 31 (1.9%), HPV 52 (1.4%) y HPV 33 (1.3%) fueron Los seis subtipos comunes de VPH de alto riesgo en SCC. Mientras que HPV 18 (44.1%), HPV 16 (20.5%), HPV 52 (2.3%), HPV 58 (1.2%) y HPV 51 (1.2%) fueron los principales subtipos cancerígenos en ADC. Los principales subtipos de VPH de alto riesgo carcinogénicos de ASC, NEC y MC fueron HPV 18 y HPV 16. La atribución total de HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58 se evitó con

la vacuna 9-valente HPV en SCC y ADC fueron 82.6% y 68.1% respectivamente; la atribución de HPV 45 en SCC y ADC fue de solo 0.8% y 0. Conclusiones: SCC y ADC son los principales tipos patológicos en el cáncer cervical. SCC, ADC, ASC, MC, NEC y VADC están estrechamente relacionados con la infección por VPH de alto riesgo. El VPH 16 es el principal genotipo carcinogénico de SCC. El VPH 18 puede desempeñar un papel importante en la patogenia de ADC.

(Arbyn, 2018).”*Vacunación profiláctica contra virus del papiloma humano para prevenir el cáncer cervical y sus precursores Cochrane Database Syst Rev. May*”.

Objetivos: Evaluar los daños y la protección de las vacunas profilácticas contra el virus del papiloma humano (VPH) contra el pre cáncer cervical y la infección por VPH16 / 18 en niñas y mujeres adolescentes. Métodos de Búsqueda: Se realizaron búsquedas en MEDLINE, el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados (CENTRAL) y Embase (junio de 2017) para obtener informes sobre los efectos de los ensayos. Se realizaron búsquedas en los registros de ensayos y registros de resultados de la compañía para identificar datos no publicados de mortalidad y eventos adversos graves. Criterio de selección: Los ensayos controlados aleatorios que compararon la eficacia y la seguridad en mujeres ofrecieron vacunas contra el VPH con placebo (adyuvantes de vacunas u otra vacuna de control). Recogida y Análisis de Datos: Utilizamos la metodología Cochrane y GRADE para evaluar la certeza de la evidencia de protección contra el cáncer pre-cervical (neoplasia intraepitelial cervical grado 2 o superior [CIN2 +], CIN nivel 3 y superior [CIN3 +] y adenocarcinoma in situ [AIS]) y daños Distinguimos los efectos de las vacunas de acuerdo con el estado inicial del ADN del VPH de los participantes. Los resultados fueron pre cáncer asociado con los tipos de vacuna HPV y pre

cáncer independientemente del tipo de HPV. Los resultados se presentan como riesgos en los grupos de control y vacunación y los índices de riesgo (RR) con intervalos de confianza del 95% entre paréntesis. Resultados Principales: Se incluyeron 26 ensayos (73,428 participantes). Diez ensayos, con un seguimiento de 1,3 a 8 años, abordaron la protección contra CIN / AIS. La seguridad de la vacuna se evaluó durante un período de 6 meses a 7 años en 23 estudios. Los estudios no fueron lo suficientemente largos o suficientes para evaluar los resultados del cáncer de cuello uterino. Todos menos uno de los ensayos fueron financiados por fabricantes de vacunas. Se consideró que la mayoría de los ensayos incluidos tenían un bajo riesgo de sesgo. Los estudios incluyeron vacunas monovalentes (N = 1), bivalentes (N = 18) y cuadrivalentes (N = 7). La mayoría de las mujeres tenían menos de 26 años. Tres ensayos reclutaron mujeres de 25 años o más. Resumimos los efectos de las vacunas en los participantes que tuvieron al menos una vacuna.

VPH negativo Los criterios de eficacia del VPH negativo para el estado del VPH reducen CIA2 +, CIN3 +, SIA asociado a HPV16 / 18 en comparación con placebo en adolescentes de 15 a 26 años. Existe una fuerte evidencia de que las vacunas reducen CIN2 + de 164 a 2 / 10,000 (RR 0.01 (0 a 0.05)) y CIN3 + de 70 a 0 / 10,000 (RR 0.01 (0, 00 a 0.10) Existe evidencia de certeza moderada de que las vacunas reducen el riesgo de AIS de 9 a 0/10 000 (RR 0,10 (0,01 a 0,82). contra el VPH reduce el riesgo de CIN2 + de 287 a 106/10 000 (RR 0, 37 (0.25 a 0.55), alta certeza) y probablemente reduce cualquier lesión AIS de 10 a 0/10 000 (RR 0, 1 (0.01 a 0.76), certeza moderada) La magnitud de la reducción de CIN3 + con la diferencia de vacunas entre las vacunas bivalentes y cuadrivalentes (bivalente: RR 0.08 (0.03 a 0.23) , certeza alta, cuadrivalente: RR 0,54 (0,36 a 0,82), certeza media). Los datos en mujeres mayores no estaban disponibles y para esta

comparación. VPH16 / 18 negativo en 15 a 26 años , las vacunas reducen el CIN2 + asociado al VPH16 / 18 de 113 a 6/10 000 (RR 0,05 (0,03 a 0,10). son de 24 años de edad o más, y la reducción absoluta del riesgo relativo de estas lesiones es menor (45 a 000 14/10 (RR 0,30 (0,11 a 0,81), certeza media). Las vacunas contra el VPH reducen el riesgo de CIN3 + y AIS asociado al VPH16 / 18 en mujeres más jóvenes (RR 0.05 (0.02 a 0.14), alta certeza y RR 0.09 (0, 01 a 0.72, certeza moderada, respectivamente)). Ningún ensayo en mujeres mayores midió estos resultados. Las vacunas reducen CIN2 + de 231 a 95/10000 (RR 0,41 (0,32 a 0,52)) en mujeres más jóvenes. No se han reportado datos sobre lesiones más graves. Independientemente del estado del ADN del VPH En las mujeres más jóvenes, las vacunas contra el VPH reducen el riesgo de CIN2 + asociado al VPH16 / 18 de 341 a 157/10000 (RR 0,46 (0,37 a 0, 57), alta certeza). Se observaron reducciones similares en el riesgo de CIN3 + asociado con HPV16 / 18 (alta certeza). El número de mujeres con SII asociado con el VPH16 / 18 se ha reducido de 14 a 5/10 000 con las vacunas contra el VPH (alta certeza). Las vacunas contra el VPH reducen todo CIN2 + de 559 a 391/10 000 (RR 0,70 (0,58 a 0,85, certeza alta) y cualquier AIS de 17 a 5/10 000 (RR 0,32 (0.15 a 0.67), alta certeza) La reducción en cualquier CIN3 + difiere según el tipo de vacuna (vacuna bivalente: RR 0.55 (0.43 a 0.71) y vacuna cuadrivalente: RR 0.81 (0,69 a 0,96)) En mujeres vacunadas de 24 a 45 años, existe evidencia de certeza moderada de que los riesgos de CIN2 + asociados con HPV16 / 18 y CIN2 + son similares entre las mujeres vacunadas y no vacunados (RR 0,74 respectivamente (0,52 a 1,05) y 1,04 RR (0,83 a 1,30)).

(Ferreccio, 2013) "Revista Internacional de Cáncer 132 (4). Febrero" La mortalidad por cáncer de cuello uterino en Chile es cuatro veces mayor que en los

países desarrollados. Comparamos la precisión de las pruebas de ADN del virus del papiloma humano (VPH) y las pruebas convencionales de Papanicolaou (Pap) para detectar lesiones pre cancerosas y cancerosas prevalentes en la práctica clínica de rutina del sistema de salud pública. Se invitó a participar a mujeres de 25 años o más que residieran en el área cubierta por tres centros de atención primaria de Santiago, Chile. Las mujeres elegibles recibieron pruebas de ADN del VPH (captura híbrida 2) y Papanicolaou. Las mujeres positivas por cualquiera de las pruebas (Pap: ASCUS+, HC2: RLU/CO no 1.0) se sometieron a colposcopia y biopsia, al igual que una muestra de mujeres doblemente negativas con un cuello uterino anormal en inspección visual o con factores de riesgo de lesiones cervicales. Se estimaron sensibilidades y especificidades corregidos por sesgos crudos y de verificación. En total, 8.265 mujeres (98,8% de los elegibles) tuvieron resultados completos de detección. De ellos, el 10,7% fueron positivos en el VPH, el 1,7% de Papanicolaou positivo y el 1,1% por ambas pruebas. En total, 931 (11,3%) las mujeres fueron ser positivas, de las cuales el 94,3% asistió a la colposcopia. Además, 295 mujeres de control fueron invitadas a la colposcopia, de las cuales el 78% asistió. En total, se identificaron 42 cánceres de CIN2, 45 CIN3 y 9. La sensibilidad corregida por sesgo de verificación para CIN2+ (intervalo de confianza del 95%) fue del 92,7% (84,4-96,8) para el VPH y del 22,1% (16,4-29,2) para el Papanicolaou; las especificidades correspondientes fueron el 92,0% (91,4-92,6) y el 98,9% (98,7-99,0). En conclusión, en la práctica clínica de rutina en un país en desarrollo, las pruebas de VPH fueron cuatro veces más sensibles para las pruebas de CIN2+ que las Papanicolaou, identificando tres veces más lesiones de CIN2+; Las pruebas del VPH se implementaron fácilmente en nuestro programa establecido de prevención del cáncer de cuello uterino.

(Burd EM, 2016). *"Pruebas de laboratorio del virus del papiloma humano: el paradigma cambiante. Clin Microbiol Rev.2016 Apr; 29 (2):291-319"*

Los virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo causan esencialmente todos los cánceres cervicales, la mayoría de los cánceres anales y orofaríngeos, y algunos cánceres vaginales, vulvares y del pene. Una mejor comprensión de la patogenia de la infección y la disponibilidad de nuevas pruebas están cambiando el enfoque de detección y diagnóstico. Las pruebas moleculares para detectar ADN de los VPH de altos riesgos más comunes están aprobadas por la FDA para su uso junto con la citología en los programas de detección de cáncer cervical. Ahora también están disponibles pruebas más específicas que detectan ARN de tipos de VPH de alto riesgo. El uso de pruebas moleculares como pruebas de detección primaria se está adoptando en algunas áreas. El genotipado para identificar el HPV16 y -18 tiene un papel recomendado en la clasificación de pacientes para colposcopia que son positivos para el VPH de alto riesgo, pero que tienen una citología normal. Actualmente no hay métodos de detección recomendados para las infecciones por VPH anal, vulvar, vaginal, peneal u orofaríngea. La prueba del VPH tiene una utilidad limitada en pacientes con alto riesgo de cáncer anal, pero se recomienda la inmunohistoquímica p16 para aclarar lesiones en muestras de biopsia de tejido que muestran displasia moderada o imitadores de cáncer. La prueba de VPH se recomienda para los tumores de células escamosas orofaríngeas como indicador pronóstico. La investigación en curso ayudará a mejorar el contenido de las directrices futuras para las pruebas de detección y diagnóstico.

(Solís & cols. , 2010). *"Factores de Riesgo de Alteraciones Citológicas del Cuello Uterino en Mujeres Chilenas, Revista médica. Chile"*. Un estudio de casos y

controles Antecedentes: El cáncer cervical es la tercera causa de muerte por cáncer entre mujeres chilenas, que afectan principalmente a las mujeres de bajo nivel socioeconómico. Objetivo: Determinar factores de riesgo principales (RF), incluyendo el papiloma virus humano (VPH) tipos asociados con la citología cervical anormal (escamosas atípicas de significado indeterminado ASCUS) entre las mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico, en Santiago, Chile. Material y Métodos: Se seleccionó una muestra aleatoria de población de 616 mujeres de La Pintana (un distrito de bajos ingresos de Santiago) que participó en 2001 en un VPH estudio de prevalencia y se volvieron a evaluar en 2006 a través de un cuestionario de factores de riesgo, Prueba de Papanicolaou y detección de ADN del VPH. Se analizó la prueba de Papanicolaou en Santiago y el análisis del VPH (PCR_GP5 + / GP6 +) se realizó en la Universidad de Vrije, Ámsterdam. En él participaron 42 mujeres con lesiones cervicales y controles incluidos 574 mujeres con citología normal durante el período 2001-2006. Se realizó un análisis uni y multivariante para identificar RF para las lesiones cervicales. Resultados: Durante el período de estudio, hubo un aumento significativo en la proporción de mujeres solteras, 8,3 a 14,8% ($p < 0,05$), de las mujeres con 3 o más parejas sexuales 8,9 a 13,3 y de las mujeres VPH de alto riesgo, 9,1-14,3%. La proporción de las pruebas de Papanicolaou anormales mantenido estable (3,08 y 3,9% > ASCUS). Alto VPH de alto riesgo fue el factor más significativo asociado con lesiones cervicales (oddsratio (OR) = 9,6 95% intervalos de confianza (IC) = 4,4 a 21,1), seguido de los anticonceptivos orales utilizados (OR = 2,58 IC 95% = 1.2 a 5.7). Entre las mujeres con infección por VPH de alto riesgo, el uso de los anticonceptivos orales fue un factor de riesgo, mientras que el cumplimiento de cribado fue protectora para las lesiones cervicales.

Conclusiones: De 2001 a 2006, hubo un aumento en la proporción de mujeres con infecciones de VPH de alto riesgo. (Rev. Méd. Chile 2010; 138: 175-180). Palabras clave: Citología; Virus del papiloma humano; Factores de riesgo

Nacional.

Ajalcriña Mariaca, Antonella (2015). “Factores de riesgo en mujeres con y sin diagnóstico de virus de papiloma humano atendidas en Onco Prev Internacional distrito de San Isidro – Lima”. Determina los factores de riesgo para mujeres con y sin diagnóstico de virus del papiloma humano tratados en Onco Prev Internacional, distrito de San Isidro - Lima, de enero a julio de 2015. Metodología: Estudio epidemiológico de casos y controles, transversal, retrospectivo. La población estaba compuesta por 150 mujeres de entre 18 y 59 años y la muestra incluyó a 60 mujeres que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: El tipo de VPH 16 prevaleció con 60%. En ambos grupos, con diagnóstico de VPH y sin diagnóstico de VPH, se encontraron los siguientes factores de riesgo: citología de fase líquida ASC-US 40% y 10% [chi2=5.88 p=0.0153 OR=6 IC=1.25-28.74]; LIE Bajo 30% y 4% [chi2=7.37 p=0.0066 OR= 28.42 IC=2.49-324.71]; LIE Alto 30% y 4% [chi2=7.37 p=0.0066 OR= 28.42 IC=2.49 - 324.71]. Personales: edad entre los 18 a 29 con 60% y 24% [chi2 =5.14 p=0.0233 OR= 4.75 IC=1.15 - 19.69], el estado conyugal no unida 70% y 30% [chi2=5.74 p=0.0166 OR= 5.44 IC=1.24-23.96]. Sexuales: edad entre los 15 y 17 años de inicio de relaciones sexuales con 80% y 38% [chi2=5.94 p=0.0148 OR=6.53 IC=1.25-34.03], N° de parejas sexuales con 60% y 90% [chi2=13.91 p=0.0002 OR=0.0741 IC=0.0155-0.355.03]. Reproductivos: tener entre 1 a 3 partos 20% y 70%, [chi2=8.81 p=0.0030 OR=0.011 IC=0.02 - 0.57]; y, tener entre

1 a más parejas sexuales con 60% y 10% [chi2 =7.84 p=0.0051 OR= 0.0741 IC=0.0155-0.355]; uso de anticonceptivos hormonales 80% y 26% [chi2=7.84 p=0.0051 OR=0.0741 IC=0.0155-0.3550]; y, como factores protectores de riesgo, el uso de anticonceptivos no hormonales 10% y 70% [chi2 =12.50 p=0.0004 OR= 0.0476 IC=0.0055 - 0.4098]. Conclusiones: Se acepta la hipótesis alterna que expresa existen algunos factores personales, sexuales y reproductivos que están asociados al riesgo de contraer VPH en mujeres entre 18 - 59 años.

(Pautrat Robles & Ríos Hidalgo , 2007), “Efecto de una Intervención Educativa y Nivel de Conocimiento Sobre el Virus Papiloma Humano en Estudiantes del Quinto Año de Secundaria del Colegio Ramón Castilla, Iquitos”. El objetivo de la investigación fue determinar el efecto de una intervención educativa y el nivel de conocimiento del virus del papiloma humano entre los estudiantes de quinto grado de la escuela Ramón Castilla. Iquitos 2015. El tipo de investigación es cuantitativa, diseño experimental. La población estaba compuesta por 245 estudiantes y la muestra 69. La técnica era una prueba de conocimiento y un módulo pedagógico, el instrumento de recolección de datos era una prueba objetiva de 20 preguntas (90% de validez y 95% de confiabilidad). Del total de participantes, el 84.1% tiene entre 16 y 17 años, principalmente mujeres y el 72.5% en la prueba básica de virus del papiloma humano. El 63.8% adquirió conocimiento regular durante la prueba preliminar, mientras que después de la prueba prevaleció el buen conocimiento, con 68.1%, sobre los signos y síntomas demostrados por los participantes durante la prueba preliminar y en 71% de los casos, un aumento del 92.8% en prevención; 84.1%, principalmente el déficit posterior a la prueba en 55.1%, en comparación con las formas de contagio, 75.4% tiene un buen conocimiento antes de la prueba, y en la prueba posterior, 95.7%, en Con respecto

a la intervención educativa, el 75.4%, en la prueba previa, tienen conocimiento regular, mientras que en la prueba posterior, tienen buen conocimiento en el 66.7% de los casos. Todos estos resultados nos permitieron aceptar hipótesis utilizando la prueba T de Student con resultados estadísticos significativos: $p = 0.0000$ ($p < 0.05$), lo que nos permite reafirmar la hipótesis de que Hay una diferencia significativa a favor de la aplicación de la intervención educativa. Palabras clave: estudiantes, conocimiento, módulo educativo.

(Sullcahuaman Allende, y otros, 2015) *”Características socio demográficas de mujeres peruanas con virus papiloma humano detectado por pcr-rflp. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2015; 32(3):509-14”*. Para determinar las características sociodemográficas del virus del virus del papiloma humano (VPH) remitido al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) durante el período 2012-2014, se detectó el VPH en las células cervicales. realizado por reacción en cadena de la polimerasa (PCR). En 465 muestras cervicales, se detectaron 151 (32.5%) casos positivos de VPH. Los genotipos más comunes fueron HPV-16 (23.8%) y HPV-6 (11.9%). El VPH fue mayor en mujeres de 17 a 29 años (OR 2.64, IC 95% 1.14-6.13) y soltero (OR 2.31, IC 95%: 1, 37-3.91), la presencia de genotipos de VPH de alto riesgo fue mayor entre las mujeres solteras (OR 2.19, IC 95%: 1.04-4.62). En conclusión, las mujeres jóvenes y solteras tuvieron una mayor incidencia de casos positivos de VPH, lo que debe destacarse por la participación en programas de detección que combinan métodos moleculares y citológicos, para detectar a tiempo el riesgo de desarrollar cáncer cuello uterino

Gutiérrez Aguado A. (2011) Costo-utilidad de la vacuna contra el virus de papiloma humano en mujeres peruanas, Revista Perú Med. Exp. Salud Pública.

Objetivos. Estime la relación costo-beneficio de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en mujeres peruanas después de la aplicación de la vacuna a los 10 años de edad. Materiales y métodos. Se realizó un análisis de costo-utilidad utilizando el modelo oculto de Markov en una cohorte hipotética de mujeres peruanas, basado en información sobre parámetros epidemiológicos, costos asociados con el cáncer cervical y Eficacia y costos de la vacuna contra el VPH Los costos de vacunación se calcularon desde la perspectiva del Ministerio de Salud del Perú y se compararon con los años de vida ajustados por calidad (VBAC) utilizando una tasa de descuento del 5%. Resultados El costo anual de la vacuna fue de US \$ 16.861.490, en comparación con US \$ 3.060.793 para el examen de frotis y US \$ 15.580.000 para CCU. La relación costo-utilidad adicional (RCUI) fue de 6775 USD / AVAC. Conclusiones La vacunación contra el VPH puede ser rentable en comparación con la no vacunación.

Palabras clave: vacunas contra el virus del papiloma; Tumores cervicales; La vacunación Análisis de costos y costos (fuente: DeCS BIREME, 2011).

(Valderrama , 2007)” Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima, Rev. Perú. med. exp. Salud pública. Lima.”

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia y los factores asociados con las lesiones cervicales o la presencia del virus del papiloma humano (VPH) entre estudiantes universitarios de 18 a 26 años en Lima. Materiales y métodos: se realizó un estudio transversal de agosto a diciembre de 2001 en dos universidades y un instituto tecnológico superior en Lima. Se aplicó un cuestionario y se tomaron muestras para la prueba de Papanicolaou y la detección de ADN. HPV 6, 11, 16, 18 por el método

de PCR (reacción en cadena de la polimerasa). Se incluyeron en el análisis 321 estudiantes que informaron actividad sexual a quienes se les tomaron muestras para PAP y VPH. Resultados: La prevalencia del VPH (6, 11, 16, 18) fue del 8,4% y del 2,5% para las lesiones cervicales (diagnóstico de PAP). Las lesiones cervicales o la presencia de VPH fueron más comunes en el grupo de edad de 21 a 23 años ($p = 0,024$). La diferencia de edad (tres años y más) entre la pareja sexual mayor y el participante se asoció significativamente con lesiones cervicales o la presencia de VPH (OR 8.8, IC 95% 1.9-39.6). La edad de la primera relación sexual, el número de parejas sexuales y el uso del condón no fueron estadísticamente significativos. Conclusiones: las lesiones cervicales o la presencia de VPH son comunes en esta población de mujeres jóvenes. Las diferencias de edad y edad con la pareja sexual mayor se asociaron con lesiones cervicales o la presencia de VPH. Palabras clave: lesiones cervicales; Factores de riesgo; Virus del papiloma humano (VPH); Frotis vaginal (PAP); Reacción en cadena de la polimerasa.

1.5. Justificación de la Investigación.

Justificación Teórica:

Ministerio de Salud, Guía Técnica (2016), El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública y uno de los problemas más agudos es el diagnóstico tardío de los casos de cáncer de cuello uterino debido a las debilidades del sistema de salud y los temores de la población. Estas variables resultan en mayores costos de tratamiento y resultados subóptimos con un impacto negativo en la supervivencia del paciente. (OPS 2011).

Su propósito es establecer pautas para la prevención, detección temprana y manejo adecuado de los casos de cáncer de cuello uterino con el fin de reducir la morbilidad, mortalidad y discapacidad debido a este cáncer.

Prevención secundaria del cáncer cervico uterino: ASCO-recursos estratificados Guía de práctica clínica (2016), La detección temprana del cáncer cervical en una etapa menor también es un beneficio de la detección, lo que resulta en una reducción de la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, muchos entornos de bajos recursos tienen poca capacidad en términos de cirugía y radioterapia para tratar a las mujeres con cáncer cervical invasivo. Por lo tanto, el Panel de expertos de (ASCO, 2016) que desarrolló esta guía (Apéndice Tabla A1) enfatiza la detección y el tratamiento oportunos de las lesiones pre-cancerosas cervicales antes de que se conviertan en invasivas. Para lograr esto, se necesita una alta cobertura de detección y un programa de detección organizado. El virus del papiloma humano (VPH) causa prácticamente todo el cáncer cervical y sus precursores inmediatos en todo el mundo. Los programas de detección de alta calidad pueden reducir la incidencia del cáncer cervical hasta en un 80%.

(**León Cruz & Bosques Diego , 2005**), En los últimos años se han logrado importantes progresos en el estudio de las causas de la aparición del cáncer de cuello uterino. Actualmente se acepta como la principal causa de infección por VPH de alto riesgo y sus precursores. Sin embargo, los estudios epidemiológicos han demostrado que solo una pequeña fracción de las mujeres infectadas por el VPH eventualmente progresa a lesiones intraepiteliales de alto riesgo y carcinoma in situ. Se ha planteado la hipótesis de que otros factores interactúan con el VPH,

influyendo en el riesgo de transición de la infección cervical por VPH a tumores malignos.

Justificación Práctica:

Los resultados de la investigación sirvieron para realizar recomendaciones importantes a la Guía Técnica de Cáncer de Cuello Uterino, que no están incorporados, identificando a la población de riesgo del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de San Juan de Lurigancho Lima y Hospital Daniel Alcides Carrión Callao, 2018.

Justificación Metodológica:

(Carlos Manterola D. (2009). Los estudios de observación (OE) corresponden a diseños de investigación clínica cuyo objetivo es la "observación y registro" de eventos sin ninguna intervención en su curso natural. La (s) medición (es) puede (n) realizarse a lo largo del tiempo (estudio longitudinal), prospectiva o retrospectivamente; o solo (estudio transversal). Por otro lado, los estudios observacionales pueden ser descriptivos cuando la intención es "describir y registrar" observaciones, como el comportamiento de una o más variables en un grupo de sujetos durante un período determinado; y análisis, que permiten "analizar comparativamente grupos de sujetos" sin la necesidad de asignar a los individuos estudiados a una intervención particular, pero esto ocurre de acuerdo con la práctica clínica habitual; Por lo tanto, el investigador es un simple observador y descriptor de lo que está sucediendo.

Pita Fernández S. (2001), Estudio de casos y controles: este tipo de estudio identifica a las personas con una enfermedad (u otra variable de interés) que estamos estudiando y las compara con un grupo de control apropiado que no tiene

la enfermedad. . La relación entre uno o más factores relacionados con la enfermedad se examina comparando la frecuencia de exposición u otros factores entre casos y controles. Este tipo de estudio, uno de los más utilizados en investigación, podría describirse como un procedimiento epidemiológico analítico no experimental retrospectivo, ya que, en función del efecto, se estudia su contexto, en el que dos grupos son seleccionados sujetos llamados casos y controles dependiendo de si tienen o no la enfermedad. En los estudios de casos y controles, tenemos casos informados (a), casos no expuestos (c), controles expuestos (b) y controles no expuestos (d). En este estudio, la frecuencia de exposición a la causa entre casos (a / c) se compara con la frecuencia de exposición en una muestra de individuos en quienes no se produjo el efecto y cuya frecuencia la exposición es (b / d).

Justificación Económico-social:

(Mariella Sausa , 2018) , El doctor (José Jerónimo G. Et al, 2016) Es un destacado defensor de la prevención del virus del papiloma humano (VPH), experto en cáncer y salud reproductiva, y miembro de la junta de la Sociedad Internacional para la Lucha contra el Virus del Papiloma (IPVS). . En Perú, dirigió una campaña dirigida por la Liga del Cáncer para difundir el mensaje de que el virus no solo afecta a las mujeres, sino que también puede atacar a hombres o niños a cualquier edad.

En la actualidad, el VPH es responsable del cáncer cervical, una enfermedad que mata a seis mujeres por día en Perú, aunque es una enfermedad totalmente prevenible. Este tipo de cáncer es uno de los líderes del país y se estima que en Lima, el 15% de la población está actualmente infectada con el virus, lo que representa 1 de cada 7 de Lima, pero la mayoría ni siquiera lo sabe.

La prueba de Papanicolaou se ha utilizado durante muchos años para detectarla, pero ahora hay otras alternativas. Se pueden realizar inspecciones visuales y pruebas moleculares que, aunque son más complejas, son muy efectivas para detectar el ADN del virus. Cancer League ofrece una variedad de programas de prevención asequibles en los que se realizan estas pruebas, lo que permite a las mujeres y los hombres detectar el cáncer en una etapa temprana.

Todos estamos expuestos al virus, hombres y mujeres, hay grupos donde el riesgo es mayor; uno de ellos son mujeres porque el virus causa mucho daño al cuello uterino y es por eso que el cáncer es muy común, pero también hay otro grupo expuesto, a saber, los hombres que tienen sexo con hombres. Otros hombres y pueden desarrollar cáncer anal

La persona que tiene relaciones sexuales con otra persona está vinculada a toda su historia sexual. Entonces, lo que debe quedar claro es que el VPH no es solo un problema de mujeres o de hombres, es un problema de todos.

1.6 Limitaciones de la Investigación:

a) Limitaciones: El presente estudio carece de limitaciones debido a que existe disponibilidad de información, documentos y boletines nacionales e internacionales; el costo será Auto gestionado por la Investigadora.

b) Alcances:

Los alcances del estudio, es proporcionar a los expertos los resultados obtenidos en la investigación acerca de la tipificación del virus de papiloma humano y de los factores de riesgo relacionados a la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix, para mejorar el manejo y prevención que existe en las Guía Técnica Nacional.

1.7. Objetivos de la Investigación:

-Objetivo general:

Determinar si existe Asociación de las Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los Tipos de Papiloma Virus y Factores de Riesgo; socio demográficos, reproductivo sexual, mediante un Estudio de Casos y Controles en Pacientes del Hospital San Juan de Lurigancho Lima en comparación con el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao, 2018.

-Objetivos específicos:

Objetivo Específico (1):

Conocer si en el Grupo de Casos la asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores socio demográficos es mayor que en el Grupo de Controles.

Objetivo Específico (2)

Decidir si en el Grupo de Casos, la asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores reproductivo y sexual es que mayor que en el Grupo de Controles.

Objetivo Específico (3)

Precisar si en el grupo de Casos la asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con la tipificación de catorce tipos de virus Papiloma de alto riesgo es mayor que en el Grupo de Controles.

1.8.Hipotesis

1.8.1.hipótesis general:

En el grupo de Casos la asociación de las lesiones Intraepiteliales con los tipos de papiloma virus y factores de riesgo Socio demográfico, reproductivo sexual, será mayor que en el grupo de controles.

1.8.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específicas (1):

En el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores Socio demográficos es mayor que en el Grupo de Controles.

Hipótesis específicas (2):

En el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores de riesgos Reproductivos y Sexuales están asociados será mayor que el Grupo de Controles.

Hipótesis específicas (3):

En el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con la tipificación de los catorce tipos de alto riesgo de Papiloma Virus será mayor que el Grupo de Controles.

Hipótesis Estadísticas Operativas:

a) Hipótesis Estadística (1):

En el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores Socio Demográficos tendrá una diferencia estadísticamente significativa mayor que en el Grupo de Controles.

b) Hipótesis Estadística (2)

En el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérnix con los factores de riesgo Reproductivo y Sexual tendrá una diferencia estadísticamente significativa mayor que en el Grupo de Controles.

c) Hipótesis Estadística (3)

En el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérnix con la Tipificación de los catorce Tipos de alto riesgo de Papiloma Virus tendrá una diferencia estadísticamente significativa mayor que en el Grupo de Controles.

II. MARCO TEORICO

2.1. Marco Conceptual:

Investigaciones Internacionales de Teorías Importantes.

Prevención secundaria del cáncer de cuello uterino: Guía de práctica clínica de la ASCO con recursos estratificados (2016). Las recomendaciones finales fueron desarrolladas por un grupo multinacional, multidisciplinario de expertos, utilizando evidencia de las guías existentes, literatura complementaria y experiencia clínica como guías. El Panel de expertos de ASCO subraya que los funcionarios de salud pública y los profesionales de la salud que implementan las recomendaciones presentadas en esta guía deben identificar primero los recursos disponibles en sus instalaciones locales y de referencia y procurar proporcionar el nivel más alto posible de atención con esos recursos.

Control Integral del Cáncer Cervicouterino; Una guía de práctica esencial (2014), Expansión universal, Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que mejoren la salud de las mujeres. Esto a su vez Contribuye al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y al futuro internacional.

Agenda para el desarrollo más allá de 2015. Estos programas también contribuyen a las Naciones Unidas. Estrategia mundial de 2010 del Secretario General para la salud de las mujeres y los niños. Además, el cáncer cervical se destaca en la Declaración política de alto nivel de 2011. Reunión de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Enfermedades (ENT). En la Asamblea Mundial de la Salud en 2013, un plan de acción para la prevención y el control de las ENT 2014-2020 se acordó con los Estados miembros; en este plan de acción, El control del cáncer cervicouterino es una de las

intervenciones prioritarias que deben recomendarse universalmente, para el control del cáncer. La OMS lidera el proceso de implementación de este plan de acción de ENT, y los Estados miembros están ahora comprometidos a incluir el cáncer cervical y otras ENT. Intervenciones en sus planes nacionales de salud.

Existen múltiples oportunidades para integrar la prevención y el control del cáncer cervical en sistemas existentes de prestación de asistencia sanitaria, como programas de salud reproductiva y VIH / SIDA.

Los programas nacionales de prevención y control del cáncer cervicouterino ofrecen un modelo de colaboración entre varios programas, incluyendo salud reproductiva, enfermedades no transmisibles y cáncer, inmunización y salud del adolescente. Estos programas nacionales podrían así catalizar cambios en la planificación y prestación de asistencia sanitaria, apoyando una transición de enfoques verticales a sistemas horizontales. Esta publicación, Control integral del cáncer cervico uterino: una guía para la práctica esencial (C4GEP), ofrece una visión amplia de lo que un enfoque integral para la prevención del cáncer cervical y medios de control. En particular, esboza las estrategias complementarias para el tratamiento integral del cuello uterino. Prevención y control del cáncer, y destaca la necesidad de colaboración entre los programas, organizaciones y socios. Esta nueva guía actualiza la edición 2006 e incluye los últimos desarrollos prometedores en tecnologías y estrategias que pueden abordar las brechas entre las necesidades y la disponibilidad de servicios para la prevención y el control del cáncer cervico uterino.

Según (Organización Panamericana de la Salud , 2015)
la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha identificado al cáncer del

cuello uterino como prioritario en América Latina y el Caribe desde la década del 60 (Restrepo HE 1987)) y representa la primera incidencia y causa de muerte de la mujer con cáncer en el mundo y de

la mujer peruana (Guerrero AL 1993); a nivel mundial es responsable de más del 12 % de los cánceres fatales de la mujer. En los países desarrollados, la mortalidad por esta neoplasia disminuyó en un promedio de alrededor del 80%, principalmente debido al uso de citología exfoliativa del epitelio cervical (Fink DJ, 1991). Se estima que más de 30,000 personas mueren por esta enfermedad cada año en América Latina y el Caribe.

El VPH, aunque es el primero en desarrollar carcinoma cervical, no se detecta en todos los cánceres cervicales. Reid informa la presencia de VPH en la neoplasia intracervical e invasiva en solo el 49% de los casos; informar la presencia de VPH en 40% de displasia y 90% de invasión; otro autor informa 95% (CIRC). Jones estudió durante 3 años a mujeres con anomalías citológicas del epitelio uterino con infección por VPH 16: progresó in situ en un 29.5%, desapareció en un 29.5% y permaneció sin cambios en un 41% y alcanzó el VPH 6 ; aumentó a 5.9% in situ y desapareció en 41.2%. El VPH, aunque es el primero en desarrollar carcinoma cervical, no se detecta en todos los cánceres cervicales. Reid informa la presencia de VPH en la neoplasia intracervical e invasiva en solo el 49% de los casos; informar la presencia de VPH en 40% de displasia y 90% de invasión; Otro autor informa del 95%. Jones estudió durante 3 años a mujeres con anomalías citológicas del epitelio uterino con infección por VPH 16: progresó in situ en un 29.5%, desapareció en un 29.5% y permaneció sin cambios en un 41% y alcanzó el VPH 6 ; progresó in situ a 5.9% y desapareció

41,2% (Holmes 1992). La mayoría de las infecciones por VPH son asintomáticas (Rohan T 1991) y el VPH como agente etiológico del carcinoma cervical no responde al postulado de Koch: no se encuentra al 100%, cuando se inyecta, no reproduce cáncer y está en otra enfermedad. La presencia de VPH no es suficiente para el desarrollo del tumor maligno del cuello uterino, es necesario conocer varios factores exógenos y endógenos (Jackson et al.). Nuestro conocimiento de la relación entre el VPH y los cofactores aún es débil y el papel desempeñado por los cofactores en el desarrollo de malignidad cervical es nebuloso (Saveria). Las investigaciones deben ser exhaustivas sobre el VPH y los cofactores (campo). Los estudios epidemiológicos, de hibridación molecular y otros han demostrado evidencia de asociación del HV2 como cofactor del carcinoma cervical. Décadas de investigación no han demostrado que el HV2 sea el agente etiológico de esta patología: puede considerarse como un cofactor **Maccato (1993)**.

Prevención secundaria del cáncer de cuello uterino: Guía de práctica clínica de la ASCO con recursos estratificados (2016), Un programa de prevención del cáncer cervicouterino afectará las tasas de incidencia y mortalidad solo si las mujeres con resultados de detección positivos completan la evaluación y el tratamiento adecuados para prevenir la progresión a cáncer invasivo. Por lo tanto, uno de los indicadores de evaluación críticos para cualquier programa basado en la población es la tasa de finalización del tratamiento y el tratamiento en mujeres que lo requieren, que debería ser del 100%. En 2013 y 2014, la OMS publicó directrices sobre la detección y el tratamiento de lesiones precursoras para mujeres en todos los entornos; Esta guía refuerza esas recomendaciones. Las modalidades de detección abordadas por la OMS y esta guía incluyen citología (también conocida

como prueba de Papanicolaou o Pap), inspección visual (p. Ej., Inspección visual con ácido acético VIA) y prueba de ADN para el VPH (detección). Para la evaluación de los resultados positivos, las pautas de la OMS incluyen la colposcopia y, para el tratamiento, las pautas recomiendan el procedimiento de escisión electro quirúrgico en bucle (LEEP) de la zona de transformación y los tratamientos ablativos. Las pruebas de detección se usan a veces y se han estudiado solas y en combinación. Esta guía de la ASCO también aborda la detección en la era de la vacunación, el auto muestreo y las tecnologías de detección emergentes. En algunos entornos que han establecido el cribado masivo, la citología es el modo de cribado primario; en otras configuraciones, los proveedores agregan pruebas de ADN del VPH (cotesting). Algunos países y regiones se están moviendo hacia o han adoptado pruebas primarias de ADN del VPH o VIA. 5, 6 En entornos de bajos recursos, donde el examen puede no estar disponible actualmente, por lo general hay una escasez de patólogos, laboratorios, colposcopistas y otros proveedores de salud, lo que limita el establecimiento de un programa de examen tradicional. Por ejemplo, algunos países del África subsahariana no tienen patólogos^{7,8} ni laboratorios.⁹ Sin embargo, las pruebas de ADN del VPH, que son más efectivas que las pruebas de detección de citología tradicionales, pueden introducirse sin patología y laboratorios. Por lo tanto, menos se necesita infraestructura en comparación con las pruebas de citología¹⁰ (ver Implicaciones de costos y políticas). A medida que la vacunación contra el VPH se generaliza y la tasa de infección por VPH disminuye, las autoridades de salud pública deben decidir sobre las políticas de detección. Aunque la vacunación profiláctica contra el VPH puede ser la estrategia definitiva de prevención del cáncer cervicouterino, las vacunas actuales contra el VPH previenen las infecciones, pero no tratan las enfermedades

y condiciones preexistentes.^{11, 12} Además, las vacunas bivalentes y cuadrivalentes del VPH brindan solo una protección parcial contra el cáncer cervical. Por lo tanto, incluso si la vacuna universal contra el VPH femenina pudiera implementarse rápidamente, todavía habría varias generaciones de mujeres infectadas por el VPH en riesgo que no se beneficiarían de la vacuna contra el VPH. Sin una evaluación sólida, millones de mujeres morirán de cáncer cervical antes de que se observe el impacto de las vacunas contra el VPH en el cáncer cervical.³ Por lo tanto, la prevención secundaria mediante el cribado del cáncer cervical será necesaria en el futuro previsible. (Consulte el Comentario especial sobre vacunación y detección para una discusión en profundidad.) El diagnóstico de los precursores de cáncer cervical se basa en el criterio del patólogo sobre el grosor del epitelio transformado en tejido extirpado con biopsia o tejido, que se clasifica (en orden de severidad creciente) como negativo o como neoplasia intraepitelial cervical (CIN) grado 1 (CIN1; hasta un tercio de espesor de epitelio), grado 2 (CIN2; hasta dos tercios de espesor), o grado 3 (CIN3; grosor de dos tercios o mayor). Otros resultados anormales pueden incluir células escamosas atípicas (ASC), ASC de importancia indeterminada.

Comité de Consensos Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia F.A.S.G.O. Escuela FASGO. Consenso de Ginecología “Manejo de las Lesiones Intraepiteliales de Cuello uterino” 2014. Argentina. El cáncer de cuello uterino (CCU), el segundo cáncer ginecológico más común en la población femenina, se encuentra actualmente en un punto de inflexión en términos de control por dos razones básicas. a) Por un lado, las proyecciones de esta patología indican que a pesar de los esfuerzos realizados, el simple crecimiento y envejecimiento de la población generará un aumento de la mortalidad de alrededor del 25% en los

próximos 10 años. Es aún más obvio estimar que del total de muertes, el 88% ocurre en países en desarrollo, que alcanzarán el 98% en 2030 si las tendencias actuales continúan. En Argentina, durante 2013, se diagnosticaron 4,956 casos y 2,127 mujeres murieron cada año debido a esta enfermedad. b) La evolución del conocimiento sobre etiología e historia natural, así como el desarrollo y la aplicación de nuevas herramientas y estrategias de prevención, ha llevado a una modificación de los paradigmas existentes y la forma de pensar de esta patología. Las experiencias existentes en el mundo de los programas de prevención y control del cáncer cervical nos han demostrado que es una entidad oncológica que puede prevenirse, diagnosticarse y tratarse con éxito.

IM Medico, (2018). La FDA ha aprobado el uso de un kit genético fabricado por Roche como la primera alternativa autorizada en Estados Unidos a la conocida prueba de Papanicolaou, que se ha usado habitualmente para detectar el cáncer uterino. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó la primera prueba de ADN del virus del papiloma humano (VPH) de Roche para mujeres de 25 años o más, que se puede usar sola para ayudar a un profesional de la salud a evaluar la necesidad de una mujer someterse a pruebas adicionales para la detección del cáncer de cuello uterino. Esta prueba también puede proporcionar información sobre el riesgo de cáncer de cuello uterino en el paciente. Con una muestra de células cervicales, la prueba de VPH Cobas detecta el ADN de 14 tipos de VPH de alto riesgo. Esta prueba identifica específicamente el VPH 16 y el VPH 18 y, al mismo tiempo, detecta otros 12 tipos de VPH con alto riesgo.

Según los resultados de la prueba de VPH Cobas, las mujeres que logran un resultado positivo para el VPH 16 o el VPH 18 deben someterse a una colposcopia, un examen en el que se utiliza un instrumento que ilumina y agranda el cuello

uterino para que un médico pueda observar directamente Las células del cuello uterino. Las mujeres que dan positivo en uno o más de los otros 12 tipos de VPH de alto riesgo deben hacerse una prueba de Papanicolaou para evaluar la necesidad de una colposcopia. Los profesionales de la salud deben usar los resultados de la prueba de VPH Cobas en combinación con otra información, como las pautas profesionales actuales, el historial de detección del paciente y los factores de riesgo. "La aprobación ofrece a las mujeres y los médicos una nueva alternativa para la detección del cáncer de cuello uterino", dijo el Dr. (Romo Melgar, 2011), Alberto Gutiérrez, director del Centro de Diagnósticos In Vitro y Salud Radiológica del Centro. para la salud. Dispositivos radiológicos y salud de la FDA.

(Roche Molecular Systems; cobas 4800 HPV Test US package insert., 2011), Un nuevo paradigma en la lucha contra el cáncer cervical. La detección primaria o el algoritmo de detección del VPH identifica la enfermedad de alto riesgo y en mayor medida que la Papanicolaou sola; También mantiene la efectividad de la detección o detección. La evidencia respalda las pruebas de VPH de alto riesgo para detección o detección primaria de cáncer cervical. El descubrimiento del VPH como causa de cáncer de cuello uterino podría revolucionar las estrategias de prevención del cáncer de cuello uterino^{1,4,5}. En la detección o detección primaria, se ha comprobado que las pruebas de detección de VPH de alto riesgo es más sensible que la citología a la detección de NIC2 + y NIC3 +.

La prueba grupal de alto riesgo del VPH (grupo) tiene alta sensibilidad pero baja especificidad, detectando con precisión a las mujeres que albergan la enfermedad, pero conduce a una identificación falsa de mujeres sanas, lo que hace que realicen una colposcopia innecesaria.

Existe la oportunidad de identificar pacientes con mayor riesgo ya que el 70% de los cánceres cervicales son causados por los genotipos de VPH 16 y 18.

La prueba de VPH Cobas ofrece la oportunidad de lograr la detección o los objetivos de detección, proporciona resultados de grupo o grupo de alto riesgo de VPH para 12 genotipos conocidos como "en riesgo", y proporciona resultados individuales para los genotipos de riesgo de VPH 16 y 18, identificando a las mujeres con mayor probabilidad de presentar la enfermedad a un nivel alto, mientras sigue una estrategia de selección (triaje) que impide que las mujeres realicen intervenciones innecesarias.

No se puede subestimar el impacto general del examen de citología en la salud de la mujer. Desde su introducción, el uso periódico de la prueba de Papanicolaou o la detección, así como el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones precancerosas, ha contribuido a una reducción del 80% en la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino en las mujeres. países con selección sistemática. Sin embargo, alrededor de 275,000 mujeres en todo el mundo continúan muriendo de cáncer cervical cada año.

Aunque la incidencia se ha reducido significativamente, los datos muestran que la detección de lesiones cervicales precancerosas es débil en citología.

Varias mujeres evaluadas regularmente o examinadas mantienen un alto riesgo, a pesar de la citología normal. La práctica de la prueba conjunta de VPH (alto riesgo de VPH) se incluye en el valor predictivo de la citología de frotis cuando se identifican mujeres en riesgo real y no identificadas solo por citología. Comprender

los logros y las limitaciones de la citología del Papanicolaou Dr. Xavier Bosch Dr. Xavier Bosch La citología normal no siempre significa que no hay cáncer.

Hasta un tercio de los casos de cáncer de cuello uterino se producen en mujeres que se someten a pruebas de detección o de detección^{1, 2}. El cáncer de cuello uterino invasivo ocurre en mujeres con citología vaginal normal. Resumen de hallazgos clave: La prueba de cobas HPV fue validada clínicamente por el estudio ATHENA, el primer estudio en el registro que evaluó simultáneamente el genotipado de 12 genotipos de virus del papiloma humano de alto riesgo (HrHPV) en inglés), además de HPV 16 y HPV 18 individualmente. El estudio ATHENA evaluó la utilidad de la prueba de cobas HPV en varias situaciones clínicas, incluida la detección o detección de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) y pruebas simultáneas. ATHENA no solo validó la prueba de cobas El VPH es comparable al estándar hPHP agrupado actual, probado en la población ASC-EE. UU., Pero también ha sido capaz de cuantificar el riesgo de lesiones precancerosas y cáncer cervical en mujeres con VPH 16 y / o VPH 18 con ASC-US o que muestra citología normal.

2.2. Investigaciones Nacionales de Teorías Importantes.

Caqui Crisóstomo, Mademoiselle Andrea (2018). “Factores Socioculturales asociados para acudir a la toma de muestra del Papanicolaou en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Noviembre 2017”. Universidad Privada Norbert Wiener Licenciada en Obstetricia. Determinar los factores socioculturales asociados con la participación en la prueba de Papanicolaou (PAP) en el Centro de la Madre y el Niño Juan Pablo II. Metodología: estudio correlacional, corte transversal. La muestra incluye 200 mujeres de 18 a 65 años. Presentó como resultados: factores Socio demográficos: edad (p: 0.002), el Estado Civil (p: 0.019),

Lugar de nacimiento ($p: 0.042$), paridad ($p: 0.002$), el número de pareja sexual ($p: 0.015$) son significativos. Factores Cognoscitivos el nivel de conocimiento no se asocia para acudir a la toma muestra del PAP ($p: 0,184$), Factores Familiares la motivación de la pareja ($p=0.017$), la auto motivación ($p=0.000$) como factores significativos. Entre los Culturales: sobresale la vergüenza ($p=0.000$) y el temor hacia un resultado positivo ($p=0.000$) son significativos. En cuanto a la Frecuencia con que acuden las mujeres para la toma de muestra del Papanicolaou: el 51% de las mujeres se realizan cada dos o tres años y, el 30 % cada año. Conclusiones: mediante los resultados se evidencia que existen diversos factores socioculturales asociados para acudir a la toma de muestra del Papanicolaou (como la edad, estado Civil, lugar de nacimiento, paridad, número de pareja sexual, motivación de la pareja, auto motivación, vergüenza y temor), por lo que es recomendable fomentar el ingreso de la pareja o familiar a los consultorios obstétricos, promover la autoestima asertiva y nunca dejar de lado las charlas para el público en general.

(García Magallanes, 2018) “Medidas preventivas frente al cáncer de cérvix que aplican las mujeres que acuden al Puesto de Salud Balconcito Chincha. Enero 2018. Universidad Privada San Juan Bautista. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Enfermería. Lima, Perú”.

El cáncer de cuello uterino es una de las enfermedades más prevalentes entre las mujeres en todo el mundo y es la cuarta causa de muerte en esta población. Es un problema de salud pública cuya prevención incluye actividades educativas para modificar y / o mejorar prácticas relacionadas principalmente con aspectos sexuales. El propósito de esta investigación fue determinar las medidas preventivas contra el cáncer de cuello uterino que las mujeres que asistieron al centro de salud

Balconcito Chincha después de enero de 2018. Materiales y métodos: el tipo de estudio es cuantitativo, descriptivo y transversal. Se obtuvo una muestra de 160 mujeres por muestreo probabilístico, era una encuesta y un cuestionario previamente validado por un experto, cuya fiabilidad se demostró por el coeficiente alfa de Cronbach (0,93). Resultados: las medidas preventivas según las dimensiones: el estilo de vida, el diagnóstico precoz y la educación sanitaria fueron inadecuados en el 53% de los casos; 71% y 51% respectivamente y en general, estas medidas fueron inadecuadas para el 54% de las mujeres. Conclusiones: Las medidas preventivas para las mujeres que asisten al puesto de salud Balconcito son inadecuadas.

(Vitorino Grajeda, 2018). “Factores de Riesgo asociados a Cáncer de Cuello Uterino, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Cusco, 2017. Escuela Profesional de Medicina Humana. Universidad Andina del Cusco. Perú”. El cáncer de cuello uterino es la segunda causa principal de morbilidad entre las mujeres y un grave problema de salud pública; con un impacto personal, social y económico significativo debido a la morbilidad y mortalidad que causa. Mi objetivo es determinar los factores de riesgo asociados con el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Es Salud, Cusco, en 2017. Como método, este fue un estudio no experimental, casos y controles, retrospectivos y retrospectivos. Correlacional, realizado en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de enero a diciembre de 2017, en 105 pacientes (35 casos y 70 controles) ya atendidos por el departamento de ginecología y oncología, que cumplieron con los criterios de selección. Se realizó una revisión del historial médico, se ingresó una base de datos, se utilizó SPSS versión 24 para

el procesamiento de datos, con estadísticas descriptivas e inferenciales. Como resultado del hecho de que el grupo de edad predominante es de 41 a 60 años con un 45.7%, los factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino fueron el nivel de educación no más alto, con un 45.7% de los casos con este variable $p = 0.03$, OR = 2.43, IC 95% [1.03-5.71]; edad del primer embarazo antes de los 18 años con 24.2% de casos, $p = 0.007$, OR = 5.12, IC 95% [1.41 - 18.52]; tienen más de tres embarazos en el 80% de los casos, $p = 0.001$, OR = 5.03, IC 95% [1.94-13.05]; iniciar relaciones sexuales antes de los 18 años con 77.1% de los casos, un valor de $p = 0.000$, OR = 13.5, IC 95% [5.05 - 36.06]; tener más de tres parejas sexuales en el 25.7% de los casos, $p = 0.03$, OR = 3.12, IC 95% [1.05 - 9.25]. Sacó las siguientes conclusiones: el bajo nivel de educación, la edad del primer embarazo antes de los 18 años, tener más de tres embarazos, el comienzo de las relaciones sexuales antes de los 18 años. años y tener más de tres parejas sexuales son factores de riesgo asociados con el cáncer cervical en pacientes tratados en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco durante el período 2017.

Aguilar Palomino, Gabriela Raquel (2015). Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. Facultad de Medicina Humana. Universidad Ricardo Palma. El objetivo fue demostrar el vínculo entre los factores de riesgo estudiados: edad, nivel educativo, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales y cáncer de cuello uterino en pacientes tratados en el Hospital Vitarte. en 2015

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal con un enfoque cuantitativo en el que se examinaron los registros médicos del Hospital Vitarte. El presente estudio mostró que 105

pacientes (n = 105), 84% habían sido diagnosticados con carcinoma de células escamosas y 16% habían sido diagnosticados con adenocarcinoma, siendo la distribución en términos de estadificación: 81% en la fase I, 18 % en etapa II, 9% en etapa III y 3% en etapa IV. Con respecto a la edad más común para el carcinoma de células escamosas, las más antiguas son las que tienen entre 40 y 49 años, lo que representa el 40% de la muestra total. El adenocarcinoma es más común en el grupo de edad de 60 a 69 años. Los pacientes que comenzaron su vida sexual entre las edades de 10 y 13 tenían una asociación estadística entre este factor y el cáncer cervical (UCC) ($p = 0.01$, $p < 0.05$). El número de parejas sexuales como factor de riesgo para el cáncer cervical tiene una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.01$, $p < 0.05$). En cuanto a los factores: estado civil del paciente ($p = 0.648$, $p > 0.05$) y nivel de educación ($p = 0.08$, $p > 0.05$), no se encontró asociación estadística con el cáncer del paciente. Cuello uterino del cuello uterino. Se confirma la asociación estadística entre los factores de riesgo: inicio temprano de las relaciones sexuales y la poliandria con respecto al cáncer cervical. Es necesario informar a la población sobre la importancia de la detección para el diagnóstico precoz de lesiones precancerosas y la prevención de CCU.

(Pautrat Robles & Ríos Hidalgo , 2007), “Efecto de una Intervención Educativa y Nivel de Conocimiento Sobre el Virus Papiloma Humano en Estudiantes del Quinto Año de Secundaria del Colegio Ramón Castilla, Iquitos”. El objetivo de la investigación fue determinar el efecto de una intervención educativa y el nivel de conocimiento del virus del papiloma humano entre los estudiantes de quinto grado de la escuela Ramón Castilla. Iquitos -2015. El tipo de investigación es cuantitativa y experimental. La población estaba compuesta por 245 estudiantes y la muestra 69. La técnica era una prueba de conocimiento y un

módulo pedagógico, el instrumento de recolección de datos era una prueba objetiva de 20 preguntas (90% de validez y 95% de confiabilidad). Del total de participantes, el 84.1% tiene entre 16 y 17 años, principalmente mujeres y el 72.5% en la prueba básica de virus del papiloma humano. El 63.8% adquirió conocimiento regular durante la prueba preliminar, mientras que después de la prueba prevaleció el buen conocimiento, con 68.1%, sobre los signos y síntomas demostrados por los participantes durante la prueba preliminar y en 71% de los casos, un aumento del 92.8% en prevención; 84.1%, principalmente el déficit posterior a la prueba en 55.1%, en comparación con las formas de contagio, 75.4% tiene un buen conocimiento antes de la prueba, y en la prueba posterior, 95.7%, en Con respecto a la intervención educativa, el 75.4%, en la prueba previa, tienen conocimiento regular, mientras que en la prueba posterior, tienen buen conocimiento en el 66.7% de los casos. Todos estos resultados nos permitieron aceptar hipótesis utilizando la prueba T de Student con resultados estadísticos significativos: $p = 0.0000$ ($p < 0.05$), lo que nos permite reafirmar la hipótesis de que Hay una diferencia significativa a favor de la aplicación de la intervención educativa.

En el estudio realizado por (Sullcahuaman Allende, y otros, 2015). titulado, "Características socio demográficas de mujeres peruanas con virus papiloma humano detectado por PCR-RFLP", Consideran que el cáncer de cuello uterino es el tumor más común y más mortal en las mujeres peruanas, con aproximadamente 4600 nuevos casos por año y causando aproximadamente 1700 muertes por año (1). La infección persistente con genotipos oncogénicos del virus del papiloma humano (VPH) es un agente causante responsable del desarrollo de la CCU. El ADN del VPH está presente en hasta el 98% de las CCU invasivas

(2,3). El VPH se clasifica en más de 189 genotipos según la secuencia de su ADN, de los cuales 40 son capaces de infectar el cuello uterino. Se subdividen en genotipos de bajo riesgo (BR) (VPH - 6, 11, 13, 40, 42, 43, 44, 54, 59, 61, 70, 72, 81) y alto riesgo (AR) (VPH - 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58) dependiendo de su probabilidad de producir una CCU (cáncer cervical). Un estudio reciente de 8977 muestras de UCC positivas para el VPH reveló que los genotipos RA fueron responsables de aproximadamente el 90% de los casos y que los genotipos 16/18 fueron responsables del 70% de los casos en todo el mundo. Del mismo modo, (Santos, Muñoz, Klug, Almonte y Guerrero, 2001) Santos et al. Encuentran la presencia de ADN del VPH en más del 90% de UCC en mujeres peruanas. Se han desarrollado varios métodos de detección de infección por VPH. Sin embargo, el análisis molecular de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) detecta hasta una molécula de ADN del VPH en 105 células y se considera la técnica de detección de VPH más sensible. . La prevalencia global ajustada del VPH en mujeres con citología normal es de aproximadamente 10%. Factores sociodemográficos como la clase social han sido fuertemente asociados con el diagnóstico de UCC, pero la información es más débil para los factores asociados con la infección por VPH. La identificación de los factores asociados con esta infección viral ayudará a desarrollar estrategias de políticas de salud pública para reducir la mortalidad por UCU (9,10). El propósito de este estudio fue determinar la relación entre la infección y los genotipos de VPH en muestras cervicales evaluadas por PCR y enzimas de restricción y factores sociodemográficos en mujeres peruanas examinadas en el Laboratorio de Biología Molecular del Instituto. enfermedades neoplásicas nacionales. (INEN).

(Gutiérrez-Aguado , 2011) “Costo-utilidad de la vacuna contra el virus de papiloma humano en mujeres peruanas, Revista Perú Med. Exp. Salud Pública”.

Objetivos. Estime la relación costo-beneficio de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en mujeres peruanas después de la aplicación de la vacuna a los 10 años de edad. Materiales y métodos. Se realizó un análisis de costo-utilidad utilizando el modelo oculto de Markov en una cohorte hipotética de mujeres peruanas, basado en información sobre parámetros epidemiológicos, costos asociados con el cáncer cervical y Eficacia y costos de la vacuna contra el VPH Los costos de vacunación se calcularon desde la perspectiva del Ministerio de Salud del Perú y se compararon con los años de vida ajustados por calidad (VBAC) utilizando una tasa de descuento del 5% . Resultados El costo anual de la vacuna fue de US \$ 16.861.490, en comparación con US \$ 3.060.793 para el examen de frotis y US \$ 15.580.000 para CCU. La relación costo-utilidad adicional (RCUI) fue de 6775 USD / AVAC. Conclusiones La vacunación contra el VPH puede ser rentable en comparación con la no vacunación.

(Valderrama , 2007) “Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima, Rev. Perú. med. exp. Salud pública. Lima”. OBJETIVOS: Determinar la prevalencia y los factores asociados con las lesiones cervicales o la presencia del virus del papiloma humano (VPH) entre estudiantes universitarios de 18 a 26 años en Lima. Materiales y métodos: se realizó un estudio transversal de agosto a diciembre de 2001 en dos universidades y un instituto tecnológico superior en Lima. Se aplicó un cuestionario y se tomaron muestras para la prueba de Papanicolaou y la detección de ADN. HPV 6, 11, 16, 18 por el método de PCR (reacción en cadena de la polimerasa). Se incluyeron en el análisis 321 estudiantes que informaron

actividad sexual a quienes se les tomaron muestras para PAP y VPH. Resultados: La prevalencia del VPH (6, 11, 16, 18) fue del 8,4% y del 2,5% para las lesiones cervicales (diagnóstico de PAP). Las lesiones cervicales o la presencia de VPH fueron más comunes en el grupo de edad de 21 a 23 años ($p = 0,024$). La diferencia de edad (tres años y más) entre la pareja sexual mayor y el participante se asoció significativamente con lesiones cervicales o la presencia de VPH (OR 8.8, IC 95% 1.9-39.6). La edad de la primera relación sexual, el número de parejas sexuales y el uso del condón no fueron estadísticamente significativos. Conclusiones: las lesiones cervicales o la presencia de VPH son comunes en esta población de mujeres jóvenes. Las diferencias de edad y edad con la pareja sexual mayor se asociaron con lesiones cervicales o la presencia de VPH.

Tipificación del virus VPH; (Melo, 2003). Las lesiones intraepiteliales cervicales (LIE) se clasifican como lesiones de bajo grado (LBG) y lesiones de alto grado (LAG) según el riesgo de transformación neoplásica. Clásicamente, los genotipos virales del VPH se han agrupado en bajo riesgo (BR), alto riesgo (PR) y riesgo intermedio (IR), dependiendo de la frecuencia con la que se encuentran en lesiones benignas, LBG, LAG y carcinomas invasivos. . Los subtipos de virus más frecuentemente asociados con el grupo PR son los VPH 16, 18, 45 y 56, detectados principalmente en LAG y carcinomas; HPV R1 grupos 31, 33, 35, 51 y 52 asociados con todos los grados de NCI y HPV BR grupos 6, 11, 34, 42, 43 y 44 detectados con mayor frecuencia en lesiones benignas. En la actualidad, se ha observado que la asociación cáncer-VPH fue igualmente poderosa entre los tipos de AR y RI considerados. Por lo tanto, 15 tipos de VPH se clasificaron como AR (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82) y, por lo tanto, deben ser considerado con un potencial oncogénico.

Cáncer de cérvix En el Perú, (INEN: Guía Práctica 2011). Según los resultados de los registros de cáncer de población de Lima, Trujillo y Arequipa, se estimó que en 2004 ocurrieron 3,962 casos nuevos y 1,540 mujeres murieron como resultado de esta causa. En las ciudades de Trujillo y Arequipa, el cáncer cervical es la principal causa de cáncer en las mujeres. En el área metropolitana de Lima, para el período 2004-2005, el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar con una tasa de incidencia estandarizada de 19.6 por 100,000 mujeres, un promedio de 895 casos por año. lo que representa una disminución del 55%. en cuanto al período 1968-1970. Con los resultados publicados de los registros de cáncer, sabemos que Trujillo tiene la tasa más alta de 43.9; seguido de Arequipa con 35.2 y Lima, la tasa más baja con 19.6. El cáncer cervical y el carcinoma invasivo in situ representaron el 36.7% de los casos recolectados para el cuello uterino en Lima.

Sobre Lesiones intraepiteliales cervicales y factores de riesgo:

La edad en la primera relación sexual antes de los 20 años y mucho antes de los 18 años es uno de los cofactores importantes en el desarrollo del carcinoma de cuello, según lo informado por muchos autores nacionales y extranjeros. .

(Sarduy Naples, 2009), existe evidencia considerable de que fumar está asociado con NIC o cáncer cervical y también con el fracaso del tratamiento conservador de las lesiones intraepiteliales de alto grado.

(Sarduy Nápoles, 2009). Los factores hormonales se han considerado factores de riesgo para el desarrollo del cáncer cervical y sus precursores. Aunque se han realizado informes controvertidos sobre el uso de anticonceptivos orales durante más de cinco años, algunas investigaciones han indicado un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. en mujeres con VPH y si hay una lesión intraepitelial, puede progresar más rápidamente a carcinoma in situ.

(**Agüero ,2012**) Los estudios a largo plazo revelan que el uso de ACO durante más de 5 años se asocia con un riesgo aún mayor de desarrollar cáncer de cuello uterino en mujeres con VPH y después de un diagnóstico de displasia, la progresión a carcinoma in situ es más rápida.

(**Sarduy, 2008**) (Sarduy Naples Miguel 2009). La multiparidad es otra consideración, ya que se ha demostrado que durante el embarazo hay cierto grado de depresión inmunológica y niveles de folato en la sangre, lo que está relacionado con el mayor riesgo de neoplasia intraepitelial como a medida que aumenta el número de embarazos. Tener la esposa

(**Sarduy, 2009**), la infección por VPH es una infección de transmisión sexual que prevalece tanto en hombres como en mujeres, un factor que puede promover la progresión a lesiones precancerosas o malignas.

III. MÉTODO

3.1 Tipo de Investigación

La bibliografía presenta una gama muy amplia de tipos de investigación, que se presentan cada una, de manera sistematizada, y dependen del investigador, utilizar el mejor criterio para tipificar las investigaciones. (*Mejía M, 2008*) , clasifica una investigación “según la pregunta planteada en el problema (...) como teórica, o investigación básica o pura, orientada a proporcionar, al problema planteado, los fundamentos teóricos y conceptuales.” (p. 34). las investigaciones teóricas, se subdividen en cuatro tipos, como son, a) investigación descriptiva, b) investigación explicativa, c) investigación predictiva, y d) investigación retrospectiva.

El tipo de investigación corresponde a casos y controles, de longitudinal (en las que se incluye la toma de datos). Para los estudios de casos y controles son individuos escogidos por alguna enfermedad o consecuencia; los controles son las personas sin enfermedad o consecuencia (...) en un intento por identificar una característica o factor de riesgo presente en la historia de los casos, mas no en la de los controles. (**Dawson & Trapp, 2002, pág. 10**) Los diseños de investigación, tienen como objetivo la observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. Las mediciones pueden hacerse a lo largo del tiempo (estudio longitudinal), prospectiva o retrospectivamente; o solo (estudio transversal).

El diseño de un estudio se entiende cuando los procedimientos, métodos y técnicas mediante los cuales los investigadores seleccionan pacientes, recopilan datos, analizan e interpretan los resultados. Argimón y Jiménez (2004) consideran "tres ejes principales, 1) un objetivo descriptivo (cuando no se busca una relación de causa y efecto) y analítico (una relación causal asumida entre un factor causal de una enfermedad y un efecto , se evalúa una respuesta o 2) secuencia transversal (la encuesta

representa un momento descriptivo en el tiempo) o longitudinal (hay un intervalo de tiempo entre diferentes variables, también teniendo en cuenta la dirección temporal), y (...) 3) análisis longitudinal (a través de estudios experimentales y cohortes) o resultado a causar, como son los estudios de casos y controles "(págs. 29-30).

El diseño de la investigación corresponde a casos y controles analíticos de sección longitudinal (en los que se incluye la recopilación de datos). Para los estudios de casos y controles, se trata de individuos seleccionados por una enfermedad o consecuencia; Los controles son personas sin enfermedad o consecuencia (...) para identificar un factor característico o un factor de riesgo presente en el historial del caso, pero no en el caso de los controles. (Dawson y Trapp 2002: 10).

3.1.1 Enfoque

Según (Monterola & Otzen , 2014). Los ESTUDIOS OBSERVACIONALES (EO); corresponden a modelos de investigación cuyo objetivo es la "observación y registro" de eventos sin intervenir en su curso natural. Las mediciones pueden hacerse a lo largo del tiempo (estudio longitudinal), prospectiva o retrospectivamente; o solo (estudio transversal). Por otro lado, el EO puede ser descriptivo cuando su propósito es "describir y registrar" lo observado, como el comportamiento de una o más variables en un grupo de sujetos durante un período determinado. o análisis, que permiten "comparar grupos de sujetos" sin que sea necesario asignar a los individuos estudiados a una intervención particular, por lo tanto, es solo un simple observador y descriptor de lo que está sucediendo.

Como todos los tipos de modelos, tienen fortalezas y debilidades. Se pueden usar para informar resultados en las áreas de tratamiento y prevención, etiología, lesiones o morbilidad; diagnóstico, pronóstico e historia natural; escenarios en los que las oficinas

de campo proporcionan diferentes niveles de evidencia, dependiendo del diseño y el campo.

Representan alrededor del 80% de las publicaciones de revistas biomédicas, independientemente de la base de datos y el factor de impacto eventual de cada revista. Bajo el concepto OE, el informe y la serie de casos (prospectivo o retrospectivo) incluyen estudios transversales, de concordancia, de población, de correlación y ecológicos; estudios de pruebas de diagnóstico, estudios de casos y controles; y estudios de cohorte (retrospectivos o prospectivos).

El diseño de CASOS y CONTROLES en epidemiología clínica es una estrategia metodológica cuya aplicación va más allá de la búsqueda de causalidad en enfermedades crónicas: también se utiliza en la solución de problemas de diagnóstico, pronóstico y tratamiento de enfermedades. por un lado, epidemias y estudios de detección, entre otros^{1,2}. Este diseño permite comparar dos grupos de personas: una afectada por una enfermedad particular (caso) y otra formada por personas que las capturan. El estudio no sufrió (testigos), pero estuvieron expuestos al factor posiblemente causalmente asociado con la enfermedad.

(Pita Fernández, 2001). Estudio de casos y controles: este tipo de estudio identifica a las personas con una enfermedad (u otra variable de interés) que estamos estudiando y las compara con un grupo de control apropiado que no tiene la enfermedad. La relación entre uno o más factores relacionados con la enfermedad se examina comparando la frecuencia de exposición u otros factores entre casos y controles.

Este tipo de estudio, uno de los más utilizados en investigación, podría describirse como un procedimiento epidemiológico analítico y no experimental en sentido retrospectivo, porque, en función del efecto, se estudia su contexto, en el que dos grupos de sujetos llamados casos y controles dependiendo de si tienen o no la enfermedad. En los estudios

de casos y controles, tenemos casos informados (a), casos no expuestos (c), controles expuestos (b) y controles no expuestos (d). En este estudio, la frecuencia de exposición a la causa entre casos (a / c) se compara con la frecuencia de exposición en una muestra de individuos en quienes no se produjo el efecto y cuya frecuencia la exposición es (b / d).

Diseño de investigación:

a) Es un diseño de investigación **OBSERVACIONAL ANALITICO**, porque el investigador no interviene modificando el fenómeno. Sólo Observa, analiza y mide el fenómeno estudiado.

b) Es un estudio **COMPARATIVO**, porque existen dos poblaciones comparativas de donde proceden los **GRUPOS DE CASOS (CON LIE)** y **CONTROLES (SIN LIE)**, donde se comparan las variables para contrastar las Hipótesis: General, Específicas y Estadísticas operativas.

En este estudio se busca establecer la asociación entre la presencia de factores de riesgo como socioeconómico, reproductivo sexual y papiloma virus con las lesiones intraepiteliales de cérvix .

Es un estudio de **Efecto a Causa**

- **CASOS** Mujeres con LIE
- **CONTROLES** Mujeres sin LIE

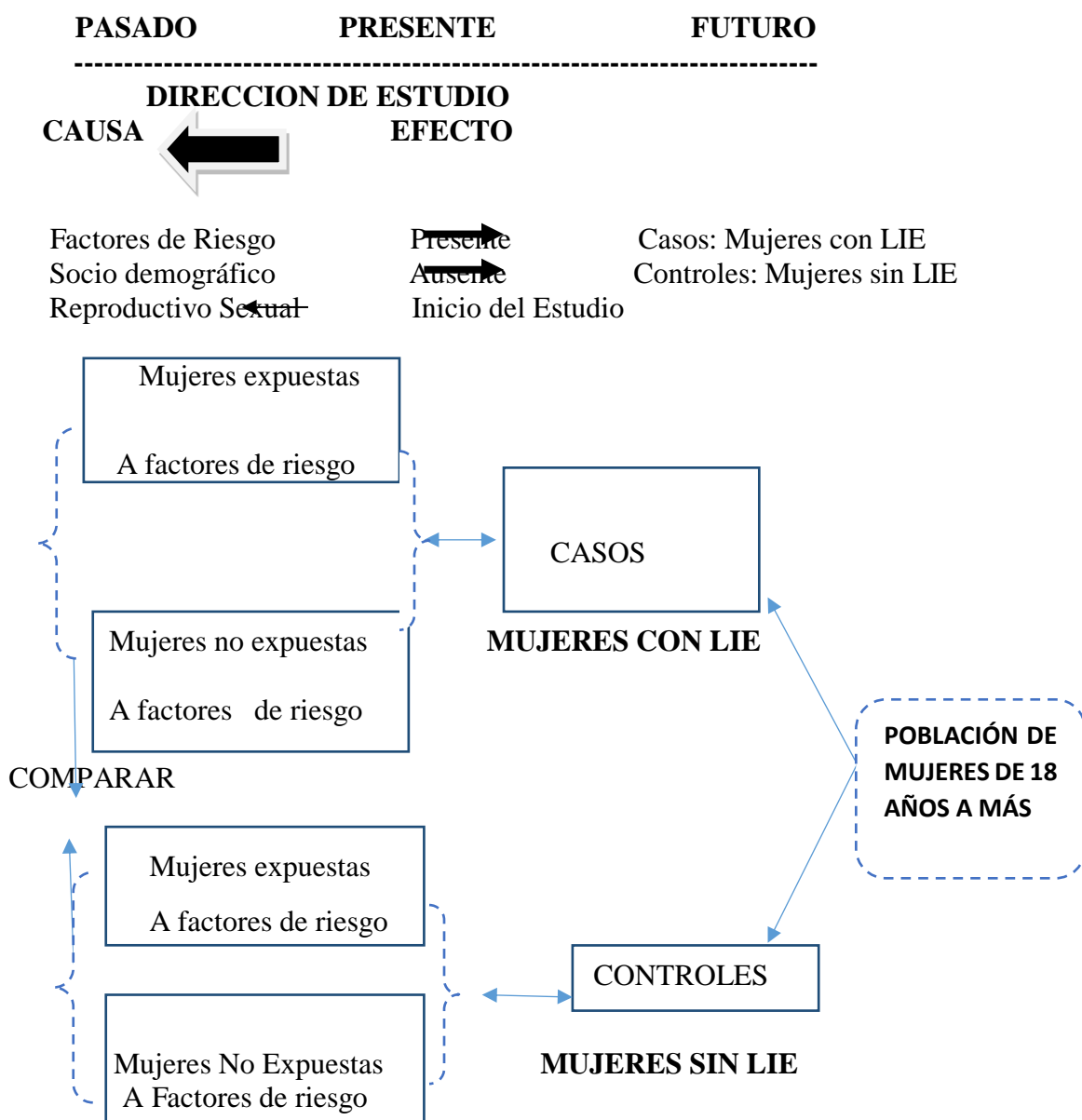
c) Es un estudio **LONGITUDINAL**, porque las variables involucradas se miden en varias oportunidades Casos y Controles en comparación con el otro hospital.

d) Es un estudio **RETROSPECTIVO**, porque el investigador recoge la información, de las historias clínicas de los **CASOS (PRESENTE)**, y en parte, de

la entrevista , que se hará para Casos y Controles, utilizando un cuestionario estructurado de factores de riesgo (PASADO).

e) **Es No EXPERIMENTAL**: es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad.

Figura N° 01 Representación Gráfica del Estudio. Fuente José Tamayo Calderón.



- a) Asignación de las mujeres a los grupos de Casos y Controles, según los criterios de inclusión y exclusión.
- b) Detección Retrospectiva de los Factores de Riesgo a que están expuestas las mujeres en ambos grupos.
- c) Valoración de los resultados de la Exposición a los factores de riesgo, al comparar los Casos y Controles.

3.2. Población y Muestra:

La investigación en salud hace necesario sacar conclusiones que a su vez permitan establecer una adecuada toma de decisiones, basadas en observaciones y mediciones, pero que podemos hacerlas al total de la población por múltiples razones. Ruiz y Gómez y Londoño (2001) consideran población, “a un grupo de personas (...) poseedores de una característica cuantificable en común que puede representarse como una variable continua o discreta” (p. 46). La muestra es definida de la población elegible de acuerdo con unos criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

El objetivo de un muestreo adecuado, debe permitir poder generalizar los resultados del estudio a un grupo de personas que comparten las características de interés, pero que sea escogida de manera aleatoria, conocido también como muestreo probabilístico. Ruiz et al (2001), señalan que, a diferencia, se tiene otro método cuando no se tiene a todos los miembros de la población disponibles, ni todos los miembros de la población tienen la probabilidad de pertenecer a la muestra, y por ende, las inferencias que de él se desprendan pueden no ser aplicables a la población total, y se denomina muestreo no probabilístico o por conveniencia” (p. 49).

Características de la población:

Estará conformada por mujeres a partir de los 18 años a mas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

a) Criterios de inclusión:

Está conformada por mujeres a partir de los 18 años de edad a mas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

CASOS	CONTROLES
<p>Casos con diagnóstico de Lesión Intraepitelial por biopsia.</p> <p>No haber recibido tratamiento previo para CACU.</p> <p>Con residencia estable en el lugar de la toma.</p> <p>Pacientes que Firmen su Consentimiento Informado para la Investigación.</p> <p>Se realiza en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Daniel Alcides Carrión.</p>	<p>Casos que no tengan diagnóstico de Lesión Intraepitelial por Papanicolau.</p> <p>Pacientes que Firmen su Consentimiento Informado para la Investigación.</p> <p>Pacientes con residencia estable en el lugar de la toma.</p> <p>Se realiza en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Daniel Alcides Carrión.</p>

b). Criterios de exclusión:

-Mujeres menores de 18 años.

-Pacientes que hayan tenido un tratamiento anterior por Lesiones Intraepiteliales de Cérvix o que hayan tenido un diagnóstico previo de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix.

Ubicación de la Población en el espacio y en el tiempo

Ubicación en el espacio:

La población de mujeres incluidas en el estudio, son las que acuden a Los Servicios de Gineco- Obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Ubicación en el tiempo:

La población de mujeres consideradas en el estudio, son atendidas del 2018.

Muestra Necesaria

Para el estudio se utilizó una muestra de 50 Casos de pacientes con Lesiones Intraepiteliales de Cérvix y 50 pacientes Controles pacientes sin Lesión Intraepitelial de Cérvix en los Hospitales de San Juan de Lurigancho y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Unidad de análisis o de observación

Cada mujer con diagnóstico positivo de Lesión Intraepitelial de Cérvix por toma de muestra se secreción de cérvix (CASOS) y negativo (CONTROLES).

Unidad de muestreo. Unidad seleccionada del marco muestral, que resultó igual a la unidad de análisis. (Mujer con diagnóstico positivo).

Marco muestral

Los 50 casos serán seleccionados de los servicios de Gineco- Obstetricia de los Hospitales San Juan de Lurigancho y Daniel Alcides Carrión.

Los 50 Controles serán seleccionados aleatoriamente de una muestra probabilística utilizando el Marco muestral de pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Tipo de muestreo. Muestreo no Probabilístico en los Casos, porque no se utilizaron técnicas aleatorias.

Muestreo probabilístico en los Controles, porque se usará una selección aleatoria a partir de una muestra probabilística de las pacientes atendidas en Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Tamaño muestral

El tamaño de las muestras seleccionadas de Casos (50), que representó a toda la población) y de Controles de (50) para el estudio del Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

- ❖ El cálculo del tamaño de la muestra en estudios de dos poblaciones para comparar dos proporciones poblacionales, con el siguiente enfoque.

- A1 → Grupo de Casos: Mujeres con LEI
- A2 → Grupo de Controles: Mujeres sin LEI

Según la fórmula:

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2(p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

$Z\alpha$ y $Z\beta$ son valores de calificación Z de la distribución de la curva normal estándar para valores α y β correspondientes. Los valores de p_1 , p_2 , q_1 , q_2 se pueden obtener; Por referencia bibliográfica, de estudios anteriores.

Detección y tipificación de PVH

Se busca detectar 14 tipos de Virus del Papiloma Humano de alto riesgo (VPH) (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68) a partir de muestras citología de hisopados cervicales a través del Sistema de PCR Anyplex II, prueba in vitro (IVD)

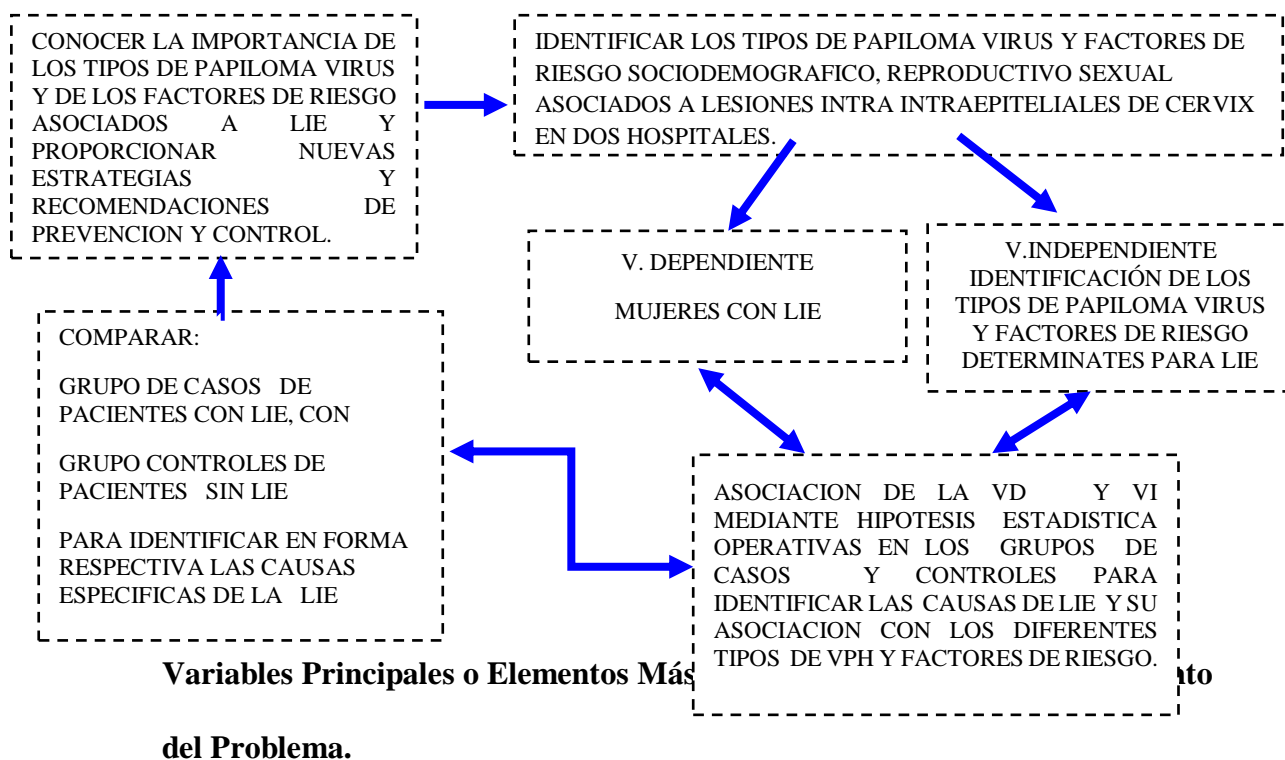
en la unión europea (EU) y revisado por las directivas de la Unión Europea, pero usado como RUO (Research Use Only) en otros países CMTA (Cyclic- Catcher Melting Temperature Analysis) representa una nueva clase de prueba molecular que puede discriminar patógenos importantes en las muestras coinfectadas. El kit Anyplex TM II HPV HR es un ensayo de PCR multiplex en tiempo real para la amplificación, detección y diferenciación simultáneas de ácidos nucleicos diana de 14 tipos de VPH de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39), 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68), así como el control interno (IC). En la PCR, la eficacia puede reducirse mediante inhibidores que pueden estar presentes en muestras clínicas. Se incorpora un control interno (IC) en el producto como un control endógeno de todo el proceso para controlar el aislamiento del ácido nucleico y verificar la posible inhibición de la PCR. El IC se coamplifica con los ácidos nucleicos diana en las muestras clínicas. El kit Anyplex TM II HPV HR utiliza un gen humano como control interno endógeno capaz de proporcionar purificación de ADN, verificación de la reacción de PCR y clarificación de la suficiencia celular de cada muestra. El sistema de uracilo-ADN glicosilasa (UDG) -dUTP se utiliza en el kit. El kit de detección de HPV HR Anyplex TM II. El sistema UDG-dUTP es un sistema comúnmente utilizado cuando se realiza la PCR para eliminar la contaminación del amplicón utilizando la división UDG de los residuos de uracilo del ADN mediante la clonación del enlace N-glicosilo. La ventaja de este análisis de detección y genotipado de VPH es que solo amplifica objetivos específicos sin reactividad cruzada y es un sistema de detección automatizado que utiliza PCR en tiempo real. El kit HP Anyplex TM II HPV solo detecta el VPH verdadero y el genotipo correctamente; Además de contener un control interno endógeno para verificar cualquier inhibición que pueda ocurrir durante la reacción de PCR. Por lo tanto, evitamos el alto número de falsos positivos debido a la tasa de reactividad cruzada entre las sondas y varios tipos de ADN

viral o amplicones de PCR utilizados para la hibridación de otras pruebas. (Detección Anyplex™ II HPV HR / 2013)

3.3 Operacionalización de Variables:

ESQUEMATIZACION DE LA RELACION D E VARIABLES

Figura 2 diagrama-esquemas de la relación de las variables.



Variables Dependientes: Lesiones Intraepiteliales Cervicales

Variables Independientes: Tipos de Papiloma virus, factores determinantes: historia reproductiva, sexual, nivel socioeconómico.

Identificar las relaciones entre variables y enunciar las hipótesis.

Relacionar el grupo de casos (mujeres con lesiones intraepiteliales de cérvix) con el grupo de controles (mujeres sin lesiones intraepiteliales), respecto a: El mayor número posible de factores de riesgo reproductivo y otros. El mayor número posible de mujeres con papiloma virus y que tipo. Interacción entre la historia de

vida sexual y número de partos vaginales y abortos. Nivel socioeconómico, uso de métodos anticonceptivos, tabaquismo, infecciones de transmisión sexual. Comparar los resultados entre el Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Las variables del presente estudio se registraran de acuerdo a la siguiente valoración y códigos numéricos

Variable Dependiente:

MUJERES CON LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES (LIE):

Grupo de casos (1) Mujeres con LIE

Grupo de Controles (2) Mujeres sin LIE

Las mujeres con lesiones intraepiteliales cervicales serán diagnosticadas mediante biopsia cervical procedente de dos hospitales de Lima ; Hospital San Juan de Lurigancho (HSJL) y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) y se asignó valores según los hallazgos encontrados:

ASCUS: 1 Células escamosas de significado no determinado

LIEBG: 2 Lesión intraepitelial de bajo grado

LIEAG: 3 Lesión intraepitelial de alto grado

La comparación de los grupos se basó en los siguientes valores:

Variable Independiente: Factores de Riesgo y VPH Asociados a LIE

SOBRE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

LUGAR DE RESIDENCIA

Zona Urbana (1), Zona Periurbana (2), Pueblo Joven (3), Zona Rural (4). Otra (5)

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA

Hasta 4 personas (1), 5 a 9 Personas (2), más de 9 personas (3).

NUMERO DE CUARTOS PARA DORMIR EN LA VIVIENDA

1 Cuarto (1), 2 Cuartos (2), 3 Cuartos (3),

DISPONIBILIDAD DE AGUA POTABLE

Si (1)

No (2)

FORMA DE ELIMINAR EXCRETAS:

Servicio Higiénico conecta a Red pública (1), Letrina Pozo (2), Otra Forma (3)

EDAD Las mujeres que integran el estudio de casos y controles tuvieron una edad entre los 18 años a más.

18 años (1), 19-24 años (2), 25-29 (3), 30-34 (4), 35-39 (5), 40-44(6), Mayor 45(7).

ESCOLARIDAD Se registro como:

ESTADO CIVIL los siguientes valores:

Soltera (1), Casada (2), Unión Libre (3), Separada (4) Viuda (5) Divorciada (6)

OCUPACIÓN: Ama de Casa (1), Estudiante (2), Empleada (3), Independiente (4).

NIVEL SOCIO ECONOMICO:

Bajo (1), Medio (2), Alto (3)

SOBRE FACTORES REPRODUCTIVOS, SEXUALES Y RIESGO DE DISPLASIA

EDAD DE LA MENARQUIA

Se consideró menos de 10 años (1), 10 a 13 años (2), de 14 a más (3)

EDAD DE INCIO DE LA VIDA SEXUAL

Se consideró grupo de edades

Menos de 14 años a más de 20 años y se asignara valores del 1 al 8

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

Se consignó de 1 a 2 (1), 3 a 4 (2), 5 a 6 (3) Mayor a 7 (4).

NUMERO DE EMBARAZOS

Se registró como 1 embarazo (1), 2 Segundigesta (2), 3 Tercigesta (3), Multigesta (4).

INFECCIÓN VAGINAL

Si (1), No (2).

NUMERO DE ABORTOS

Se registró como 1 aborto (1), 2 abortos(2), de 3 a más abortos (3)

AMENAZA DE ABORTO

Si (1), No (2).

ANTICONCEPCION

Se consignó lo siguiente

Ninguna (1), BTB (2), DIU(3), CONSUMO DE MAC MENOS DE 1 AÑO(4), CONSUMO DE MAC DE 1-3 AÑOS (5), CONSUMO MAS DE 3 AÑOS (6), BARRERA (7)

TRATAMIENTO DE PVH

Si (1), No (2).

INFECCIÓN VAGINAL ANTERIOR

Si (1), No (2).

TUBO INFECCIÓN ANTERIOR POR PVH

Se consignó como

Ninguna presencia de PVH (1), PVH 16 (2), PVH18 (3), OTROS PVH (4) TODOS (5)

DATOS SOBRE ANTECEDENTE DE CONDILOMATOSIS GENITAL

Se consignó como SI (1), NO (2)

DATOS SOBRE PRESENCIA DE HERPES GENITAL

Se consignó como SI (1), NO (2)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Dolor en las relaciones (1), Sangrado Vaginal (2), Dolor Pélvico (3), Fiebre (4),

Verrugas (5), Fluidos Mal Olientes (6).

3.4 Instrumentos:

Pasos en el Diseño de Estudio

Asignación de las mujeres a los grupos de CASOS Y CONTROLES, según los criterios de inclusión y exclusión.

Detección retrospectiva de los factores de riesgo, al que están expuestas las mujeres en ambos grupos.

Valoración de los resultados de la exposición a los factores de riesgo, al comparar los casos y controles.

3.5 Procedimientos:

El estudio de casos y controles, nombre muy adecuado e internacionalmente reconocido, para no utilizar la palabra retrospectivo, permite usar las revisiones de historias, que son realmente casos, comparados con los pacientes que hayan desarrollado alguna enfermedad, y con ello se obtiene un modelo estandarizado y probado para la recolección de la información. Obtenida ésta información se utiliza una tabla 2x2, o de cuatro casillas, con filas de expuestos y no expuestos, verticales de Casos y No Casos, la obtención del OR, de los intervalos de confianza, y la chi cuadrado, X^2 . (Ruiz et al, 2001, pp. 122-1123).

La prueba chi cuadrado compara las frecuencias observadas en cada celda con las frecuencias esperadas. No tiene valores negativos, y la media del chi cuadrado es igual a los grados de libertad, pues conforme aumentan los grados de libertad, la

media se mueve más a la derecha. De igual manera, la desviación estándar aumenta, conforme aumentan los grados de libertad (...). Si los grados de libertad se hacen muy grandes, la forma de su distribución se asemeja más a la distribución normal. Finalmente, se conoce, que las estadísticas contienen sólo los valores altos de las colas para el chi cuadrado, y cada distribución da diferentes valores críticos a los grados de libertad. (Dawson et al, 2004, pp. 163-164).

En el grupo de Casos que presentan Lesiones Intraepiteliales de Cérvix en el Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, la asociación de los factores de riesgo y tipos de papilomavirus (NO/SI) tendrá una diferencia estadísticamente mayor, con respecto al Grupo de Controles, que no presentan Lesión Intraepitelial de Cérvix.

Ho= Hipótesis Nula LAS VARIABLES NO ESTAN RELACIONADAS

H1 = Hipótesis Alterna LAS VARIABLES SI ESTAN RELACIONADAS

Ho = En el grupo de casos la asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix (NO/SI), tendrá una diferencia estadísticamente mayor con los tipos de papilomavirus y factores de riesgo socio demográfico reproductivo, sexual, papilomavirus, que en el Grupo de Controles.

-Para contrastar la Ho se utiliza la siguiente fórmula de (n) para calcular el tamaño de cada población de donde proceden las muestras, para comparar dos proporciones poblacionales, con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$(p_1 - p_2)^2$$

Estrategia de contrastacion de hipotesis

En el grupo de Casos que presentan Lesiones Intraepiteliales de Cérvix en el Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, la asociación de los factores de riesgo y tipos de papilomavirus (NO/SI) tendrá una diferencia estadísticamente mayor, con respecto al Grupo de Controles, que no presentan Lesión Intraepitelial de Cérvix. $Z\alpha$ y $Z\beta$ son valores de calificación Z de la distribución de la curva normal estándar para valores α y β correspondientes.

Los valores de p_1 , p_2 , q_1 , q_2 se pueden obtener por referencia bibliográfica, de estudios anteriores.

3.6 Análisis de datos

Por la dirección en el tiempo de la recolección de información con respecto a la exposición, al análisis de los datos se le llaman estudios retrospectivos. Se usa para las revisiones de las historias que son realmente series de casos. El análisis de los datos será el de casos y controles, nombre más adecuado e internacionalmente reconocido, por lo que debe evitarse la utilización de la palabra retrospectivo. (Ruiz y Gómez y Londoño, 2001, p. 119).

Elaboración de los datos

Se considerarán las siguientes fases:

a) Revisión de los datos para examinar en forma crítica cada uno de los Formularios utilizados, a fin de hacer las correcciones necesarias. Se realizará Inmediatamente después de su recolección para asegura que todos hayan sido llenados adecuadamente.

b) Codificación de los datos. Después de la codificación en la Operacionalización de variables y de etapa de Recolección. Es importante elaborar un sistema de

códigos, transformando los datos en códigos numérico de acuerdo a la respuesta esperada de cada variable estudiada.

c) Clasificación de los datos, se hará por categorías de acuerdo a la respuesta de la variable:

-En las variables categórica, la respuesta podrá ser dicotómica o politomica

-En las variables numéricas, se clasificarán después de la recopilación de la información. La demostración de las asociaciones entre las causas conjeturadas y los desenlaces esperados, se expresan en términos de frecuencias de eventos esperados en expuestos y no expuestos, razón de frecuencias o de probabilidades denominada riesgo relativo, que se ilustra en la siguiente figura. (Ruiz et al, 2001, p. 24).

HOSPITALES	Casos	Controles
Hospital Daniel Alcides Carrión		
Hospital San Juan de Lurigancho		

Figura 3: Probabilidades para estimar Riesgo Relativo (RR)

d) Procesamiento de los datos

d1) Recuento de los datos, para conseguir el Plan de tabulación necesario, utilizando el software, SPSS versión 24, presentando información descriptiva de los factores, evaluando mediante la chi cuadrado (X^2), el riesgo bajo, intermedio y alto, observado en cada dimensión de los factores materia de la investigación.

d2) Captura pre-codificada de los datos para integrar la base de datos

d3) Verificación o convalidación Ya que la información se compara y corrige de acuerdo a las diferencias encontradas en la copias impresas para su verificación visual.

d4) Identificación de los códigos

d5) Presentación de los datos. Se plantea en número de Tablas en Blanco que requiera la investigación, las cuales servirán para la confección de las tablas definitivas y las gráficas respectivas para la presentación de los datos del estudio.

e) Recuento-Plan de tabulación de datos

Permitirá el conocimiento de las tablas en blanco, necesarias para facilitar el recuento de los datos, objetivos específicos, e Hipótesis estadísticas operativas del proyecto.

Las tablas en blanco también posibilitaran la presentación de los datos durante la ejecución de la investigación y publicación de la misma.

a) Método prolectivo de recolección, durante el período de estudio para recoger información de fuente primaria, con los instrumentos respectivos

b) Método de Observación a través del diagnóstico por biopsia cervical de LIE.

c) Método de Encuesta-entrevista, para obtener información directamente de los factores de riesgo, utilizando el cuestionario estructurado (Formulario Ad Hoc).

d) Los procedimientos de recolección serán:

-Autorización de los Hospitales y de la Jefatura de Servicio de Ginecología comprometido con el estudio para poder intervenir y recoger los datos

-Tiempo de recojo de acuerdo con el Cronograma de Actividades

-Procesos, seguidos durante la recolección

Trámites de aprobación de la validez y confiabilidad del instrumento

-Cuidado y consolidación de los datos recolectados en el Formulario Ad Hoc

-Capacitación del personal participante

-Supervisión del personal para asegurar el cumplimiento del plan de recolección

-Coordinación interna con el personal que interviene en el estudio y externa con las autoridades pertinentes.

3.7 Consideraciones éticas

Se aseguró el principio de anonimato de las informaciones recogidas, así como se respetó el consentimiento informado de las personas a investigar, quienes colaboraron en la investigación del estudio, dejándose accediendo a la prueba de cobas.

- Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento, se determino mediante el software, SPSS versión 24, hallándose un Alfa de cronbach de 0.966

Tabla de Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,966	,983	35

IV. RESULTADOS:

4.1 Resultados de Encuesta:

-Se logró recolectar información completa de 100 pacientes, de los cuales 50 corresponden al Hospital San Juan de Lurigancho Lima, y 50 al Hospital Daniel Alcides Carrión Callao, en el periodo 2018.

Para el siguiente análisis y de acuerdo con el instrumento de recolección de la información, se divide en 25 pacientes casos y 25 pacientes de control, de cada uno de los hospitales en estudio.

HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

COMPARACION POR LUGAR DE RESIDENCIA

Tabla N° 01: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Urbana	5	20,0	20,0	20,0
	Periurbana	6	24,0	24,0	44,0
	Pueblo Joven	14	56,0	56,0	100,0
	Rural	0	0,0	0,0	0,0
	Otra	0	0,0	0,0	0,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos que las pacientes que acuden en mayor porcentaje 56% son de

Pueblo Joven y en menor porcentaje 20% son de la zona urbana.

Tabla N°02: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Zona Urbana	11	44,0	44,0	44,0
	Zona Periurbana	0	0,0	0,0	0,0
	Pueblo Joven	14	56,0	56,0	100,0
	Zona Rural	0	0,0	0,0	100,0
	Otra	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles que las pacientes que acuden en mayor porcentaje 56% son de Pueblo Joven y en menor porcentaje 44% son de zona urbana.

Gráfico N°01. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

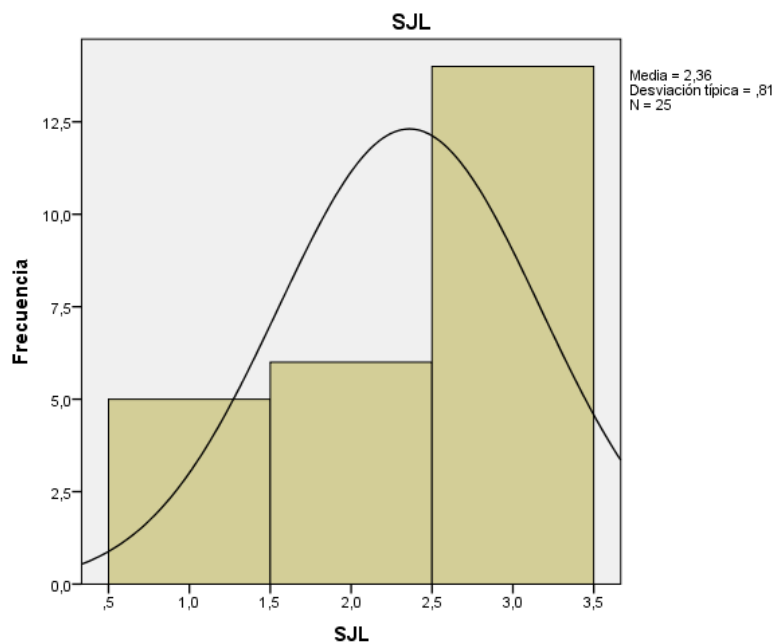
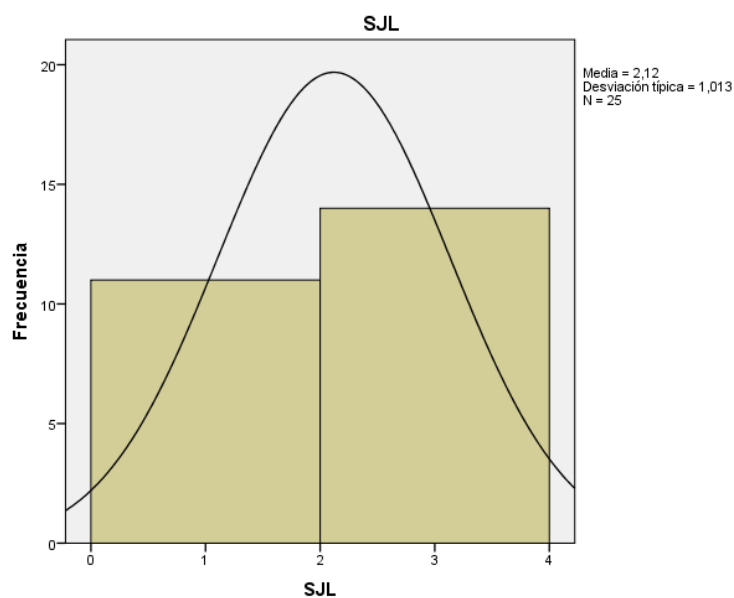


Gráfico N°02. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Control



COMPARACION POR HACINAMIENTO (Numero De Personas que Viven en la Vivienda)

Tabla N°03: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta 4 personas	15	60,0	60,0	60,0
	De 5 a 9 personas	8	32,0	32,0	92,0
	más de 9 personas	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes según el número de habitantes por vivienda en mayor porcentaje 60%, viven 4 personas y en menor porcentaje 8% viven más de 9 personas.

COMPARACION POR HACINAMIENTO (N°. De Personas que Viven en la Vivienda)

Tabla N°04: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta 4 personas	8	32,0	32,0	32,0
	de 5 a 9	16	64,0	64,0	96,0
	Más de 9	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles las pacientes según el número de habitantes por vivienda en mayor porcentaje 64% son más 4 personas y en menor porcentaje 4% viven más de 9 personas.

Gráfico N° 03. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Casos

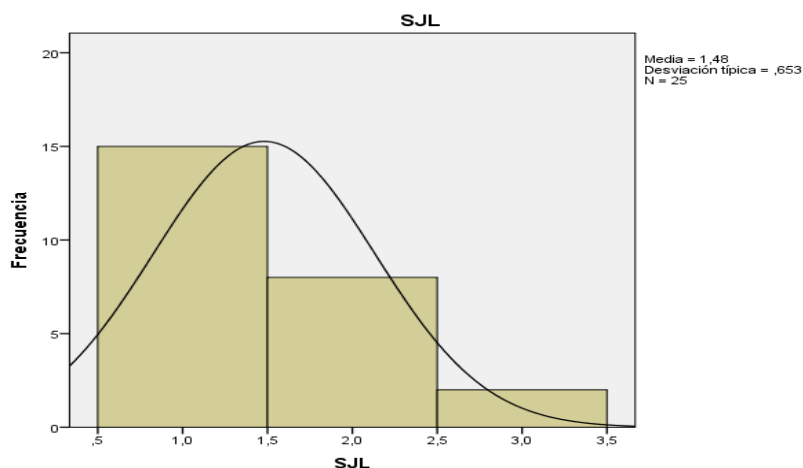
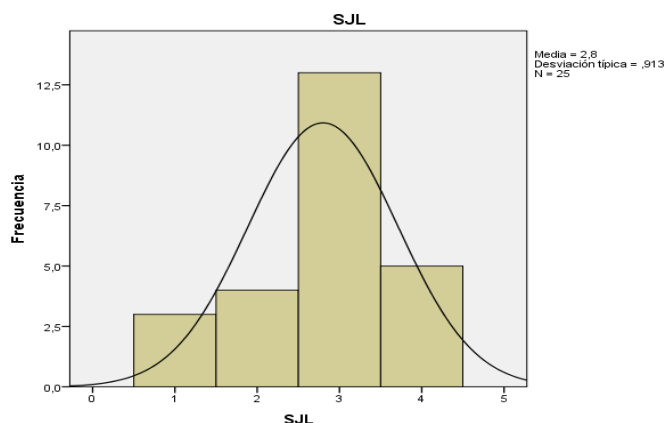


Gráfico N°04. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Control



COMPARACION POR NUMERO DE CUARTOS PARA DORMIR

Tabla N°05: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Un Cuarto	2	8,0	8,0	8,0
	Dos Cuartos	8	32,0	32,0	40,0
	Tres Cuartos	13	52,0	52,0	92,0
	Cuatro Cuartos	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes según el número de cuartos para dormir en mayor porcentaje 52% son 3 cuartos y en menor porcentaje 8% 4 cuartos.

COMPARACION POR NUMERO DE CUARTOS PARA DORMIR

Tabla N° 06: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 cuarto	3	12,0	12,0	12,0
	2 cuartos	4	16,0	16,0	28,0
	3 cuartos	13	52,0	52,0	80,0
	4 cuartos a más	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes según el número de cuartos para dormir en mayor porcentaje 52% son 3 cuartos y en menor porcentaje 12% 2 cuartos.

Gráfico N° 05. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

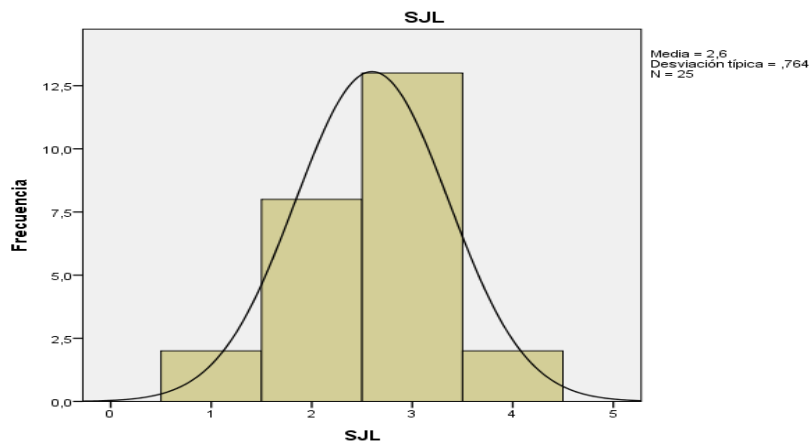
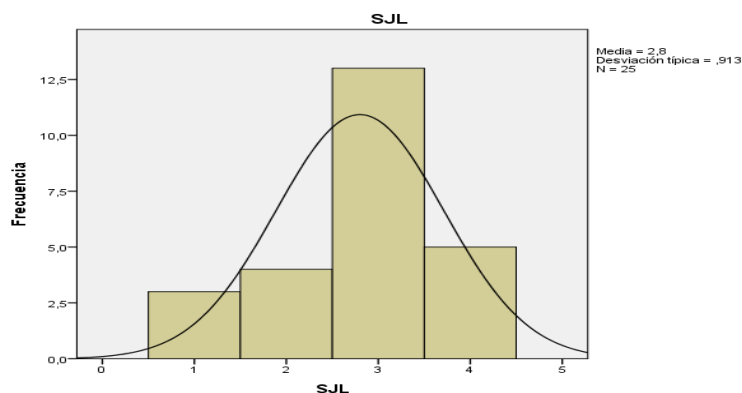


Gráfico N°06. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Control



COMPARACION POR DISPONIBILIDAD DE AGUA POTABLE

Tabla N° 08: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	18	72,0	72,0	72,0
	No	7	28,0	28,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes según disponibilidad de agua potable en mayor porcentaje 72% si tienen al alcance agua y en menor porcentaje 28% no tienen al alcance el agua, lo consiguen en baldes.

Tabla N°09: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	24	96,0	96,0	96,0
	No	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes según disponibilidad de agua potable en mayor porcentaje 96% si tienen al alcance agua y en menor porcentaje 4% no tienen al alcance el agua, lo consiguen en baldes.

Gráfico N° 07. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

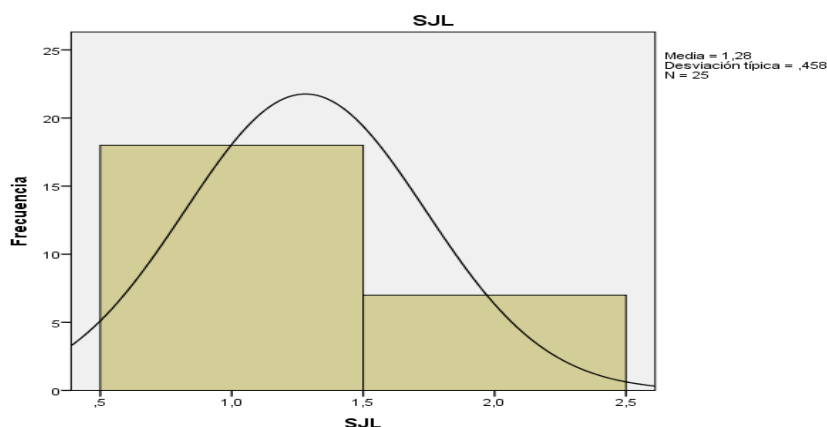
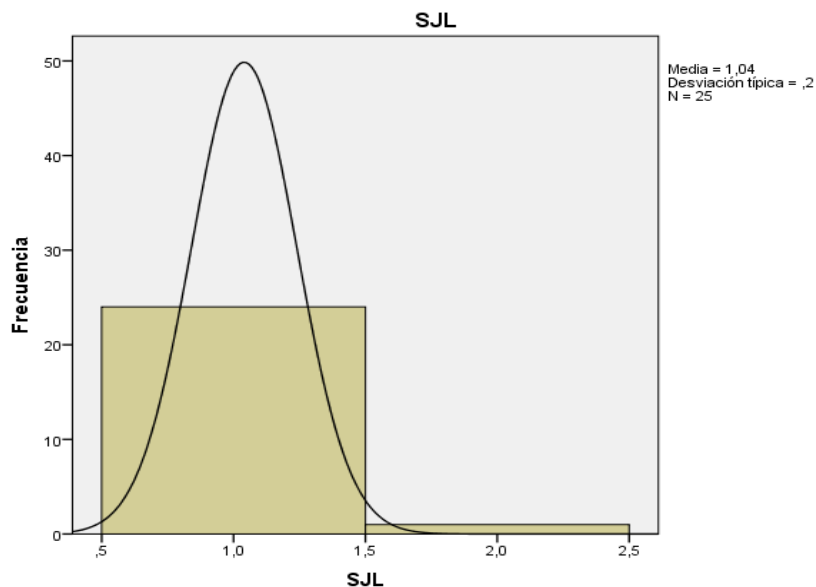


Gráfico N°08. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Control



COMPARACION PORFORMA DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

Tabla N° 09: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Red Publica	16	64,0	64,0	64,0
	Letrina o Pozo	8	32,0	32,0	96,0
	Otra forma	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes según disponibilidad de eliminación de excretas en mayor porcentaje 64%, eliminan en Red Pública y en menor porcentaje 04% Elimina de otras formas.

Tabla N°10: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Red Publica	23	92,0	92,0	92,0
	Letrina o Pozo Ciego	2	8,0	8,0	100,0
	Otra Forma	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo Control, las pacientes según disponibilidad de eliminación de excretas en mayor porcentaje 92%, eliminan en Red Pública y en menor porcentaje 08% Elimina letrina o pozo ciego.

Gráfico N° 09. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

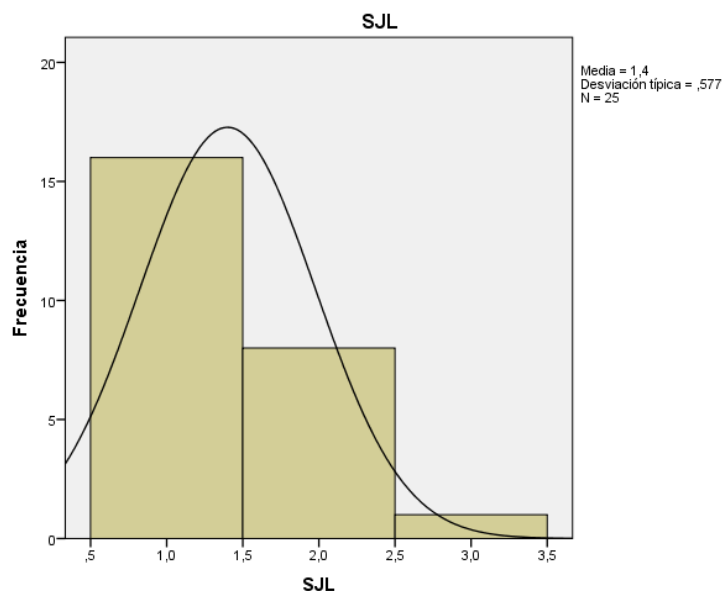
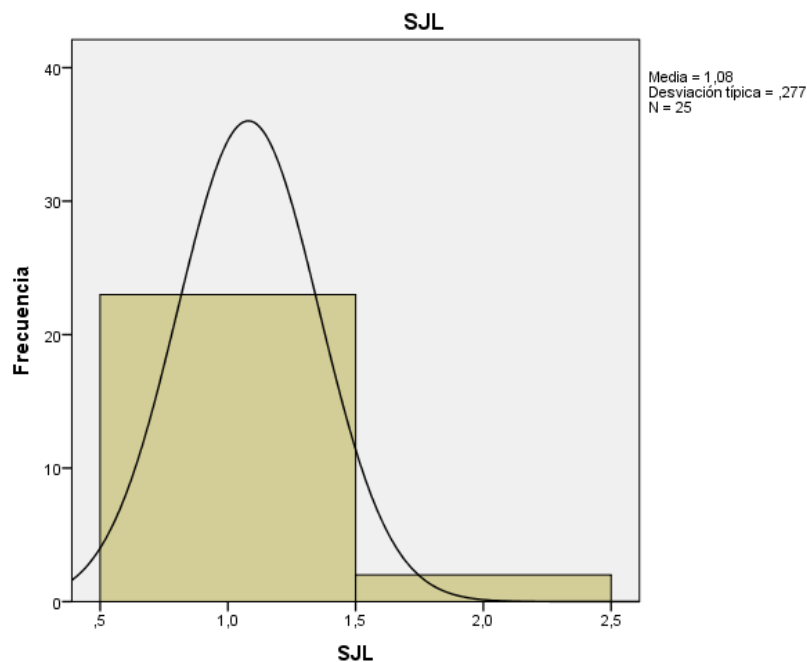


Gráfico N°10. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Control



COMPARACION POR GRUPO ETARIO

Tabla N° 11: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18 a 22 años	2	8,0	8,0	8,0
	23 a 27 años	0	0,0	0,0	0,0
	28 a 32 años	2	8,0	8,0	16,0
	33 a 37 años	2	8,0	8,0	24,0
	38 a 42 años	8	32,0	32,0	56,0
	43 a 47 años	6	24,0	24,0	80,0
	48 a 52 años	4	16,0	16,0	96,0
	53 a 57 años	0	0,0	0,0	0,0
	58 años a mas	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes entre 38 a 42 años, son en mayor porcentaje 32%, y en menor porcentaje de 58 años a más 4%.

Tabla N° 12: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18 a 22 años	0	0,0	0,0	0,0
	23 a 27 años	0	0,0	0,0	0,0
	28 a 32 años	0	0,0	0,0	0,0
	33 a 37 años	4	16,0	16,0	16,0
	38 a 42 años	0	0,0	0,0	0,0
	43 a 47 años	10	40,0	40,0	56,0
	48 a 52 años	4	16,0	16,0	72,0
	53 a 57 años	6	24,0	24,0	96,0
	58 años a mas	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes entre 43 a 47 años, son en mayor porcentaje 40%, y en menor porcentaje de 58 años a más 4%.

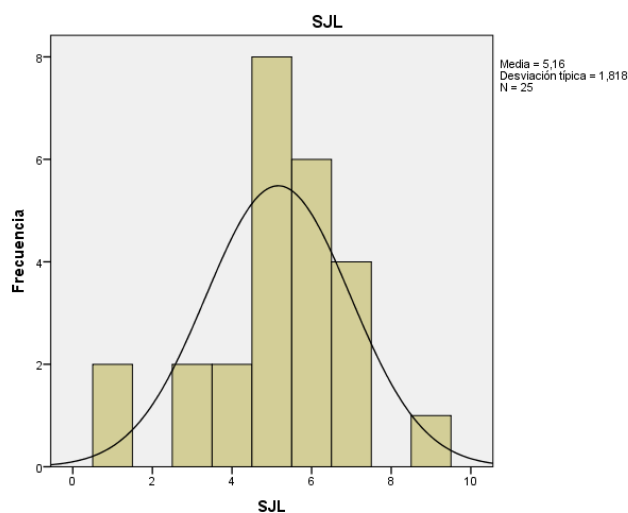
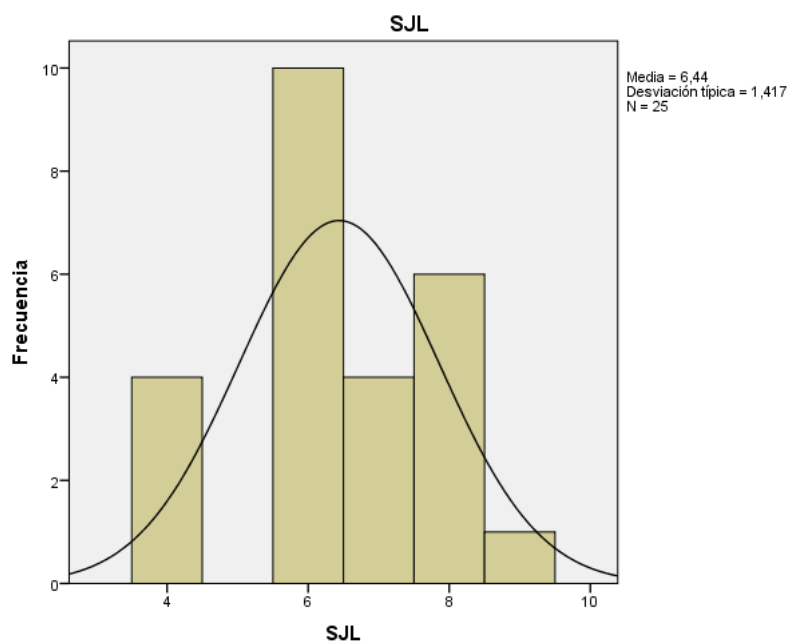
Gráfico N° 11. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

Gráfico N° 12. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Control



COMPARACION POR GRADO DE INSTRUCCIÓN

Tabla N° 13: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeta	2	8,0	8,0	8,0
	Primaria Incompleta	6	24,0	24,0	32,0
	Primaria Completa	2	8,0	8,0	40,0
	Secundaria Incompleta	5	20,0	20,0	60,0
	Secundaria Completa	4	16,0	16,0	76,0
	Superior Incompleta	2	8,0	8,0	84,0
	Superior Completa Técnica	4	16,0	16,0	100,0
	Superior Completa Universitaria	0	0,0	0,0	0,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con grado de instrucción Primaria Incompleta, son en mayor porcentaje 24%, y en menor porcentaje, Analfabeta, Primaria Completa, Superior Incompleta 8%.

Tabla N°14: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeta	0	0,0	0,0	0,0
	Primaria Incompleta	2	8,0	8,0	8,0
	Primaria Completa	2	8,0	8,0	16,0
	Secundaria Incompleta	9	36,0	36,0	52,0
	Secundaria Completa	8	32,0	32,0	84,0
	Superior Incompleta	0	0,0	0,0	0,0
	Superior Completa Técnica	4	16,0	16,0	100,0
	Superior Completa Universitaria	0	0,0	0,0	100,0
Total	25	100,0	100,0		

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Gráfico N°13. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

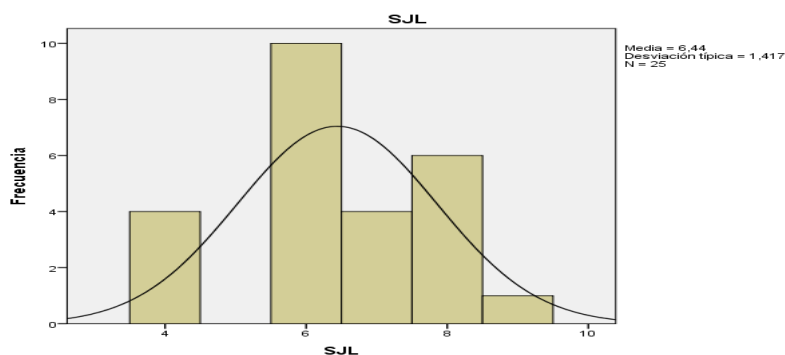
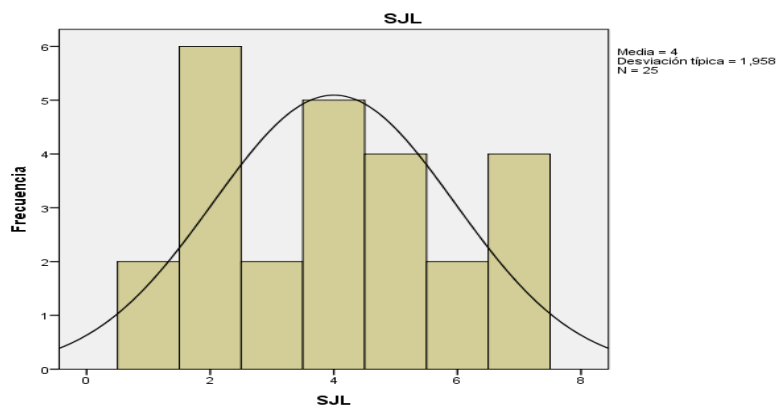


Gráfico N° 14. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Control



COMPARACION POR ESTADO CIVIL

Tabla N° 15: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	6	24,0	24,0	24,0
	Casada	8	32,0	32,0	56,0
	Unión Libre	8	32,0	32,0	88,0
	Separada	3	12,0	12,0	100,0
	Divorciada	0	0,0	0,0	0,0
	Viuda	0	0,0	0,0	0,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes Casadas y de Unión Libre, son en mayor porcentaje 32%, y en menor porcentaje las separadas 12%.

Tabla N° 16: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	6	24,0	24,0	24,0
	Casada	4	16,0	16,0	40,0
	Unión Libre	11	44,0	44,0	84,0
	Separada	4	16,0	16,0	100,0
	Divorciada	0	0,0	0,0	100,0
	Viuda	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo Controles, las pacientes de Unión Libre, son en mayor porcentaje 44%, y en menor porcentaje las casadas y separadas 16%.

Gráfico N° 15. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

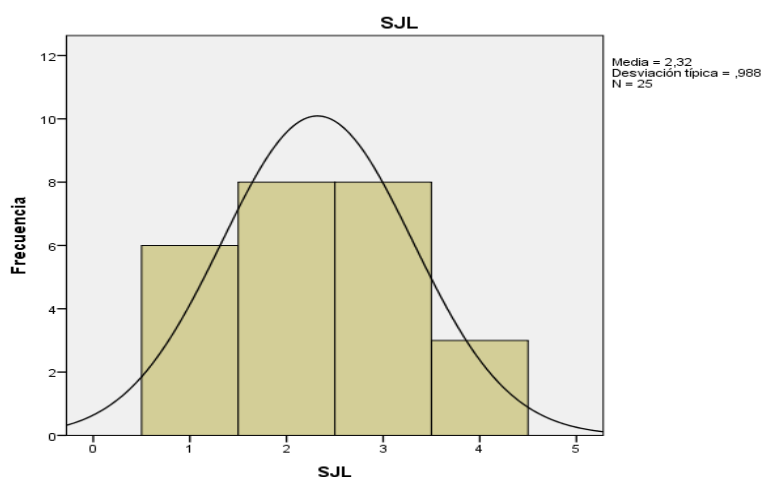
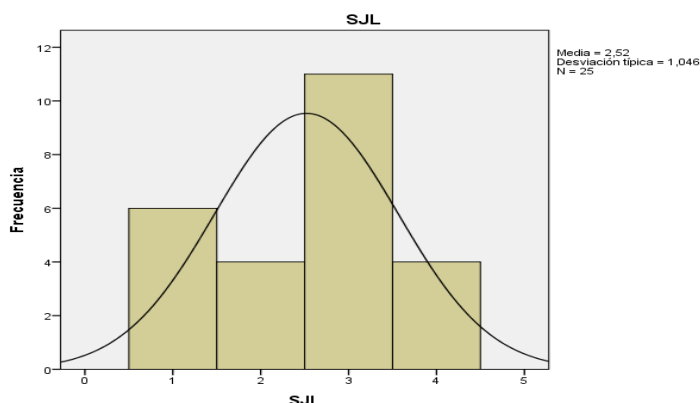


Gráfico N°16. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Control



COMPARACION POR OCUPACION

Tabla N° 17: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ama de Casa	14	56,0	56,0	56,0
	Estudiante	2	8,0	8,0	64,0
	Empleada	4	16,0	16,0	80,0
	Independiente	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes son Ama de Casa en mayor porcentaje 56%, y en menor porcentaje son estudiantes 8%.

Tabla N°18: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ama de casa	13	52,0	52,0	52,0
	Estudiante	0	0,0	0,0	0,0
	Empleada	6	24,0	24,0	76,0
	Independiente	6	24,0	24,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes son Ama de Casa en mayor porcentaje 52%, y en menor porcentaje son empleadas e independiente 24%.

Gráfico N° 17. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

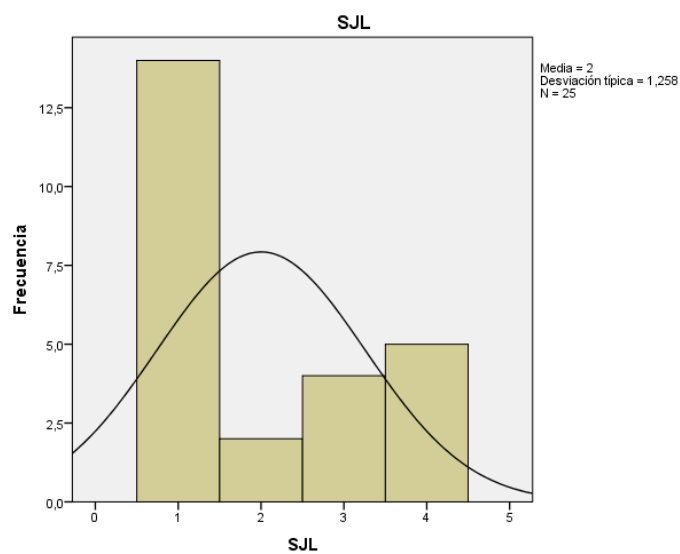
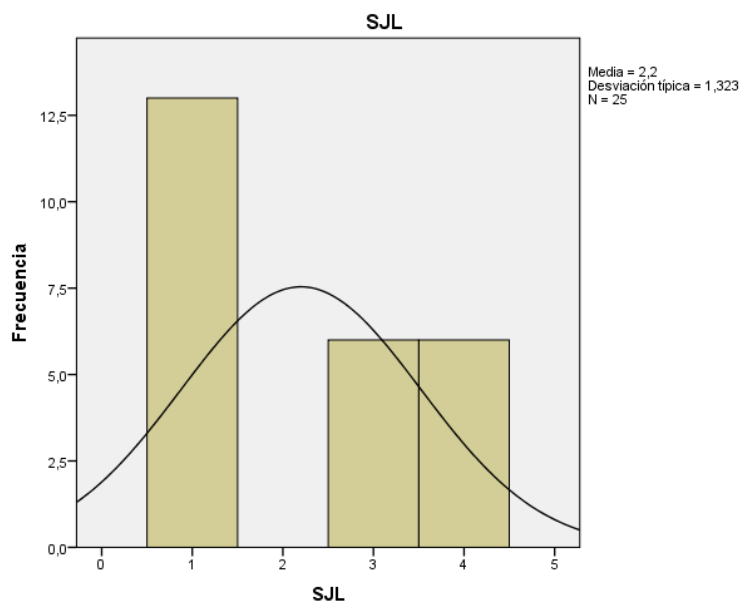


Gráfico N°18. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Control



COMPARACION POR NIVEL SOCIOECONOMICO

Tabla N° 19: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	24	96,0	96,0	96,0
	Medio	1	4,0	4,0	100,0
	Alto	0	0,0	0,0	0,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con nivel económico bajo son en mayor porcentaje 96%, y en menor porcentaje con nivel económico bajo es medio 4%.

Tabla N° 20: Frecuencias de Controles en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	25	100,0	100,0	100,0
	Medio	0	0,0	0,0	100,0
	Alto	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Control, las pacientes con nivel económico bajo son en mayor porcentaje 100%.

Gráfico N°19. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho.

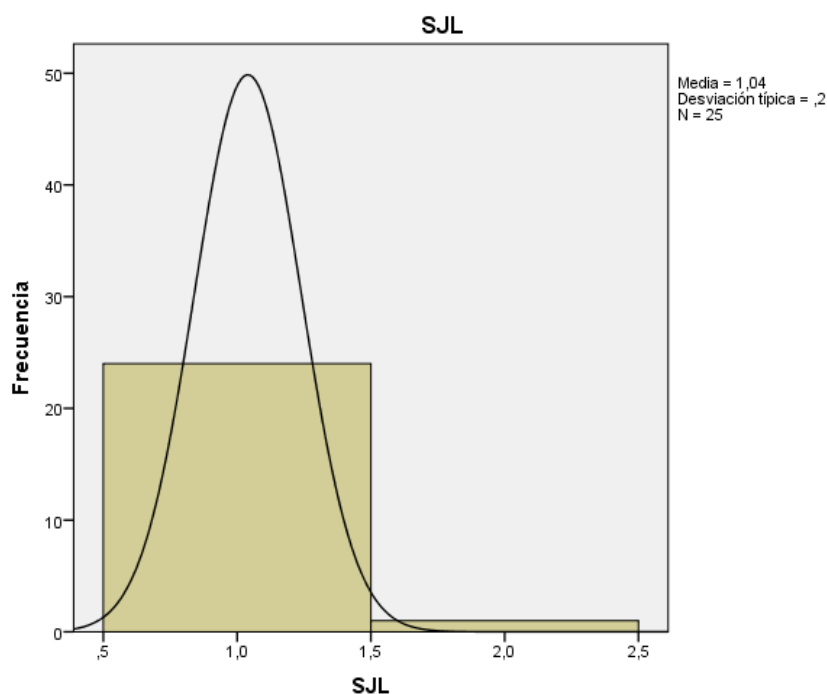
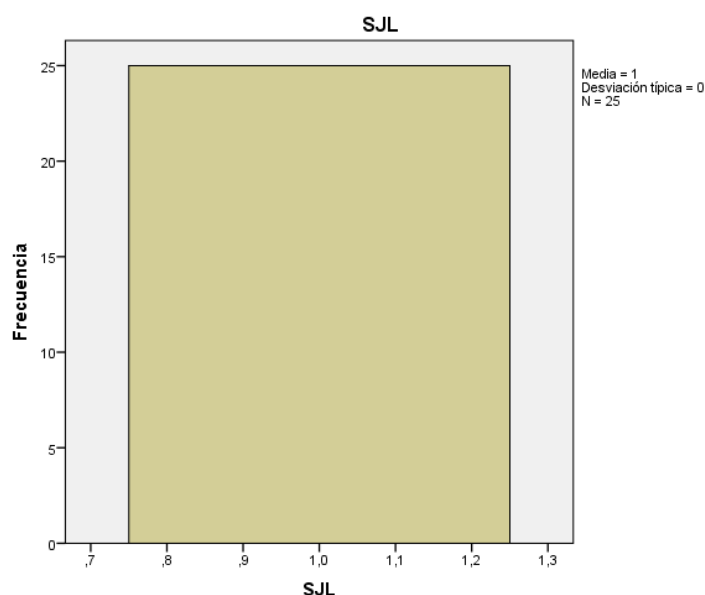


Gráfico N°20. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho



COMPARACION POR LA EDAD DE OCURRENCIA DE LA MENARQUIA

Tabla N° 21: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	<10 años	0	0,0	0,0	0,0
	10-13 años	8	32,0	32,0	32,0
	>=14 años	17	68,0	68,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con inicio de menarquía son en mayor porcentaje mayor o igual a 14 años 68%, y en menor porcentaje es de 10- 13 diez años es 4%.

Tabla N°22: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menor a 10 años	2	8,0	8,0	8,0
	10 a 13 años	6	24,0	24,0	32,0
	14 años a mas	17	68,0	68,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes con inicio de menarquía son en mayor porcentaje mayor o igual a 14 años 68%, y en menor porcentaje menor de 10 años es 8%.

Gráfico N° 21. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

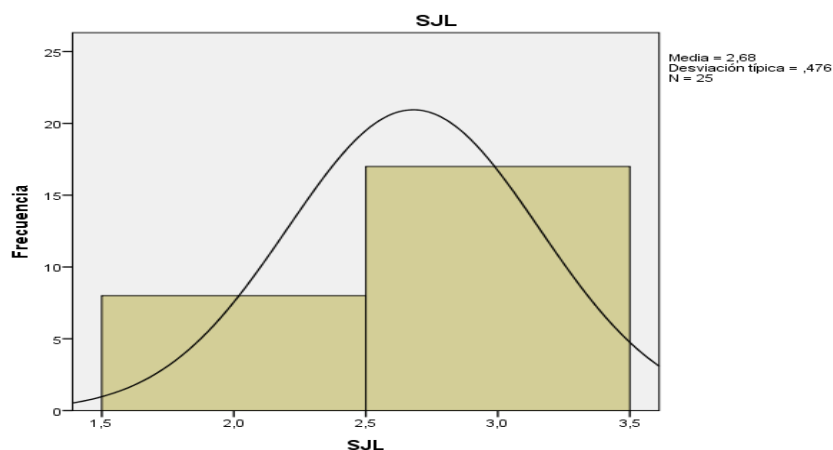
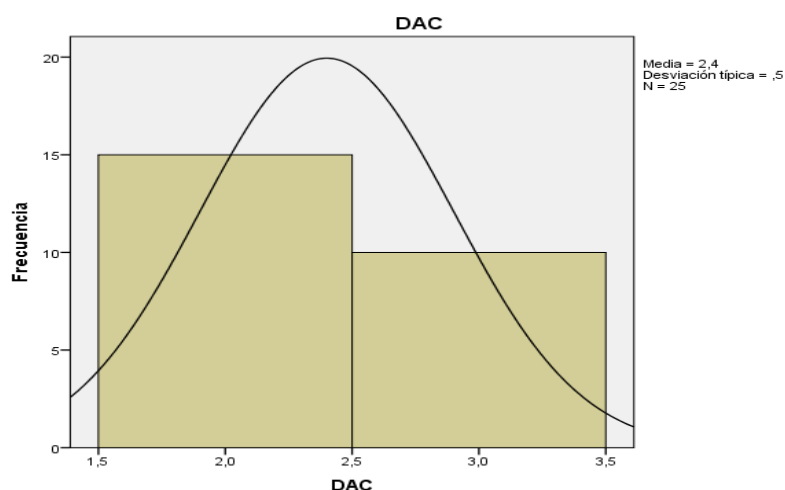


Gráfico N°22. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control.



COMPARACION POR LA EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

Tabla N° 23: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8 a 9 Años x Violación	2	8,0	8,0	8,0
	10 a 14 Años	2	8,0	8,0	16,0
	15 a 19 Años	19	76,0	76,0	92,0
	25 a 29 Años	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con inicio de relaciones sexuales son en mayor porcentaje de 15 a 19 años 76%, y en menor porcentaje es de 8- 9 años y de 10-14 años es 8%.

Tabla N°24: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8 a 9 años x violación	2	8,0	8,0	8,0
	10 a 14 años	2	8,0	8,0	16,0
	15 a 19 años	9	36,0	36,0	52,0
	20 a 24 años	8	32,0	32,0	84,0
	25 a 29 años	4	16,0	16,0	100,0
	30 años a más	0	0,0	0,0	100,0
Total		25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Control, las pacientes con inicio de relaciones sexuales son en mayor porcentaje de 15 a 19 años 36%, y en menor porcentaje es de 8- 9 años y de 10-14 años es 8%.

Gráfico N° 23. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

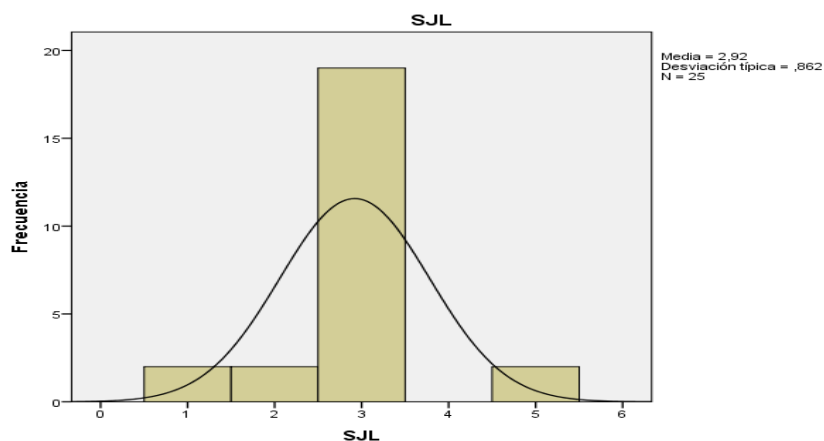
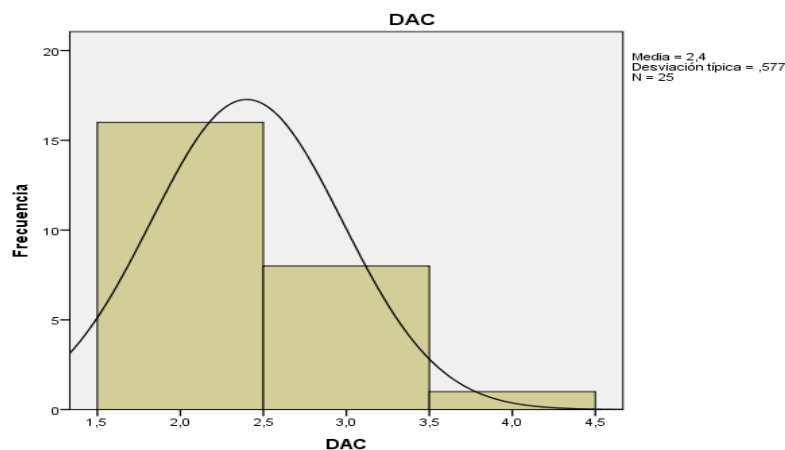


Gráfico N°24. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

Tabla N° 25: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 a 2	15	60,0	60,0	60,0
	3 a 4	8	32,0	32,0	92,0
	5 a 6	0	0,0	0,0	0,0
	7 a 9	0	0,0	0,0	0,0
	Mayor a 10	0	0,0	0,0	0,0
	Uno por violación	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con 1-2 parejas son en mayor porcentaje 60%, y en menor porcentaje 1 pareja por violación 8%.

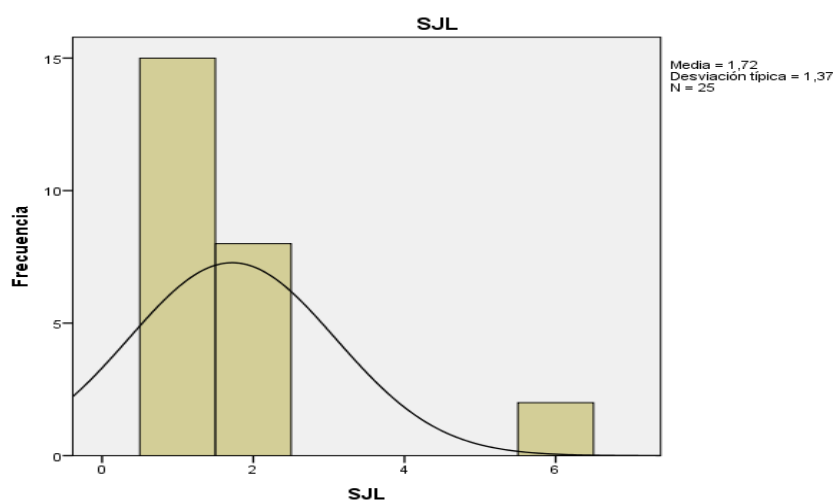
Tabla N° 26: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

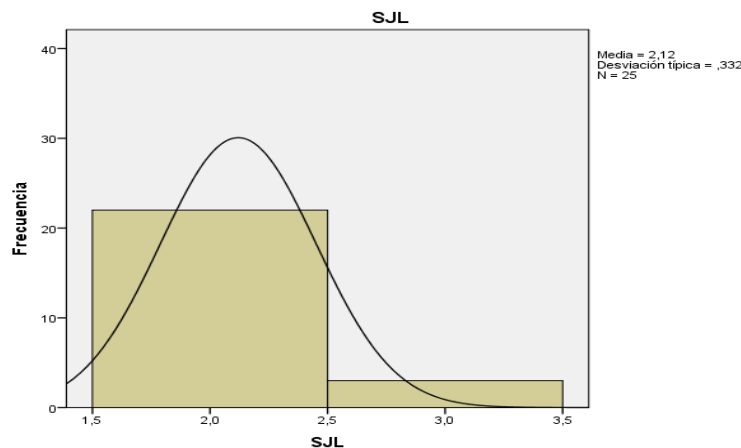
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Uno x Violación	0	0,0	0,0	0,0
	1 a 2	22	88,0	88,0	88,0
	3 a 4	3	12,0	12,0	100,0
	5 a 6	0	0,0	0,0	100,0
	7 a 9	0	0,0	0,0	100,0
	Mayor a 10	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes con 1-2 parejas son en mayor porcentaje 88%, y en menor porcentaje 3-4 parejas 12%.

Gráfico N° 25. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Casos**Gráfico N° 26. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Controles**



COMPARACION POR EL NÚMERO DE GESTACIONES

Tabla N° 27: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tiene Hijos	4	16,0	16,0	16,0
	Primigesta	4	16,0	16,0	32,0
	Segundigesta	8	32,0	32,0	64,0
	Tercigesta	2	8,0	8,0	72,0
	Multigesta	7	28,0	28,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes segundigestas son en mayor porcentaje 32%, y en menor porcentaje tercigestas 8%.

Tabla N°28: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tiene hijos	0	0,0	0,0	0,0
	Primigesta	16	64,0	64,0	64,0
	Segundigesta	8	32,0	32,0	96,0
	Tercigesta	1	4,0	4,0	100,0
	Multigesta	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes primigestas son en mayor porcentaje 64%, y en menor porcentaje tercigestas 4%.

Gráfico N° 27. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Casos

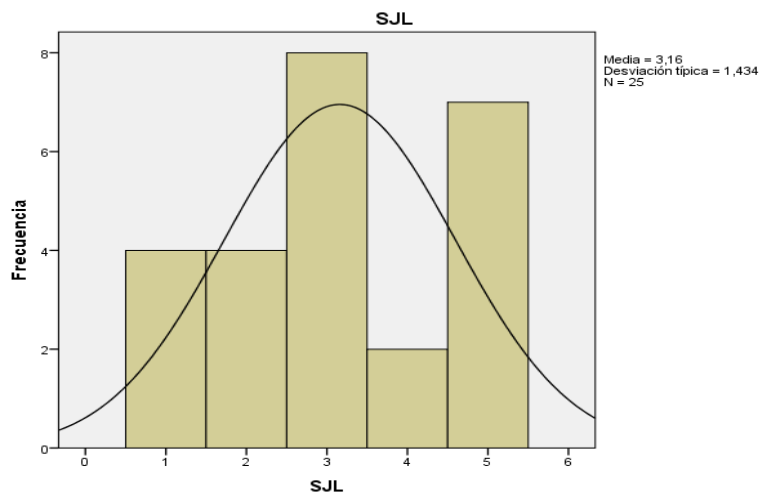
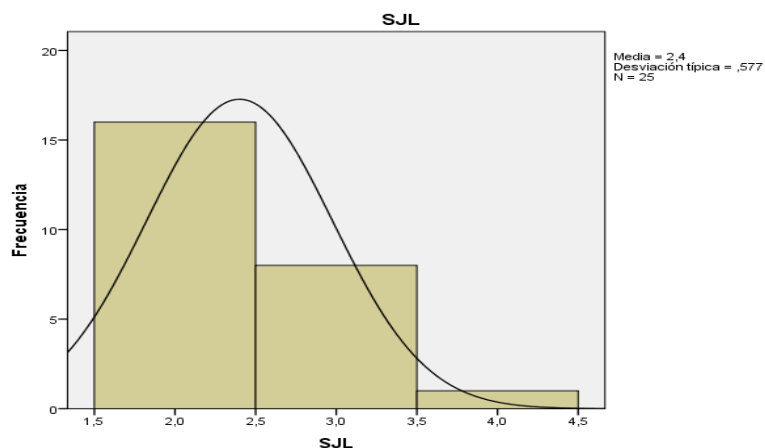


Gráfico N°28. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho.



COMPARACION POR EL ANTECEDENTE DE INFECCIÓN VAGINAL

Tabla N°29: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	23	92,0	92,0	92,0
	No	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con antecedente de infección vaginal; son en mayor porcentaje 92%, y en menor porcentaje 8%.

Tabla N°30: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	25	100,0	100,0	100,0
	No	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes con antecedente de infección vaginal; son en mayor porcentaje 100%.

Gráfico N°29. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho.

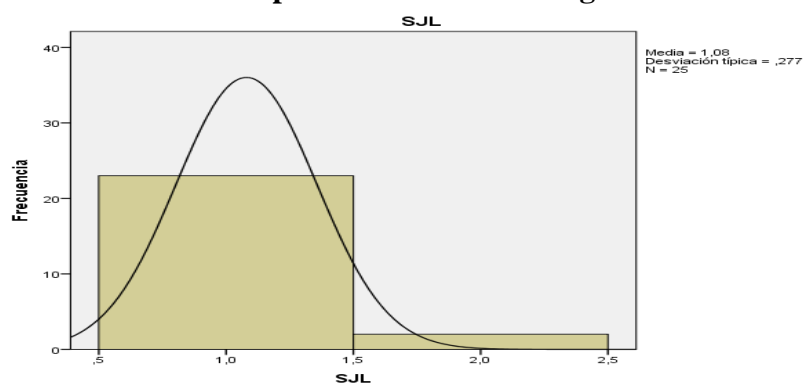
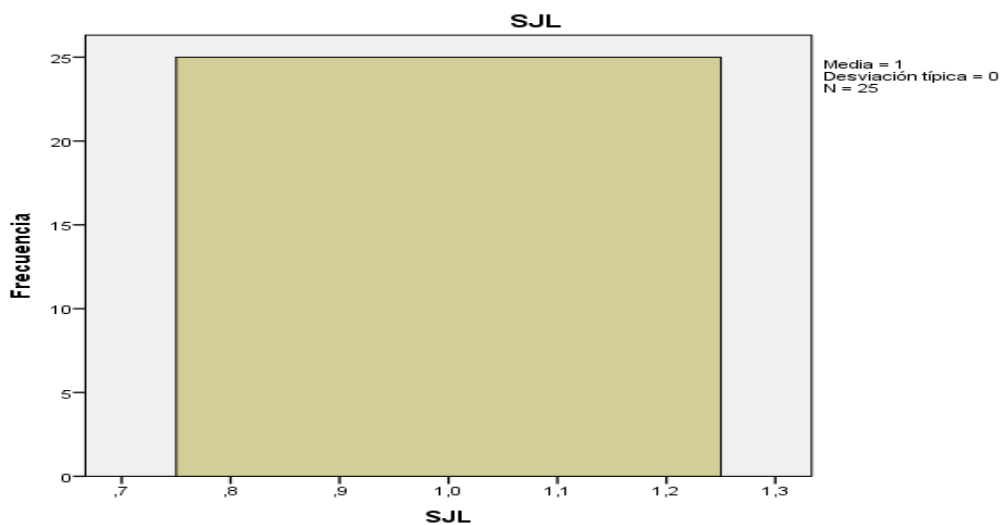


Gráfico N°30. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho.



COMPARACION POR EL NÚMERO DE ABORTOS

Tabla N° 31: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No aborto	20	80,0	80,0	80,0
	1 aborto	5	20,0	20,0	100,0
	2 abortos	0	0,0	0,0	100,0
	3 a más abortos	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con antecedente de no abortos; son en mayor porcentaje 80%, y en menor porcentaje 20%.

Tabla N° 32: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No aborto	15	60,0	60,0	60,0
	1 aborto	8	32,0	32,0	92,0
	2 abortos	2	8,0	8,0	100,0
	3 a más abortos	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con antecedente de no aborto; son en mayor porcentaje 60%, y en menor porcentaje 2 abortos 8%.

Gráfico N°31. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

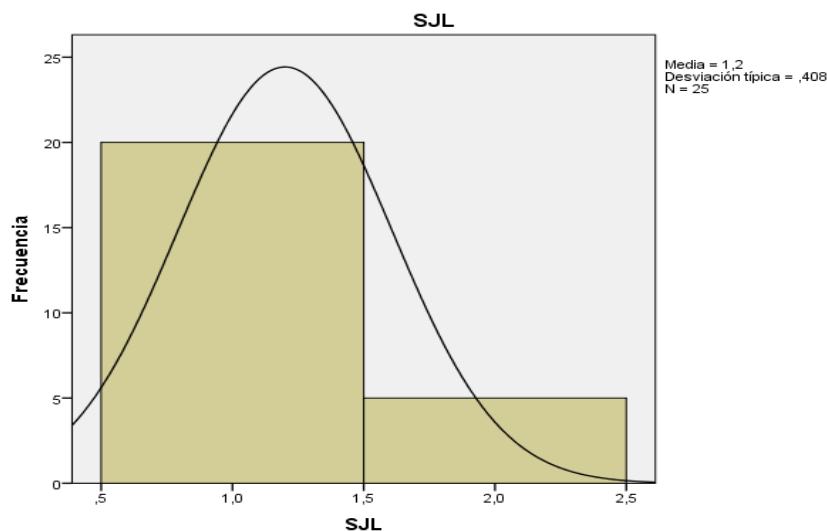
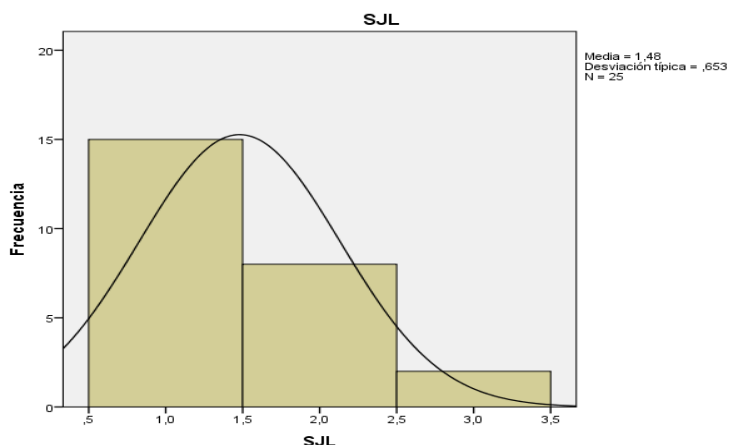


Gráfico N°32. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Control



COMPARACION POR EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVO

Tabla N° 33: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	13	52,0	52,0	52,0
	DIU	0	0,0	0,0	0,0
	Preservativo	4	16,0	16,0	68,0
	Píldora	2	8,0	8,0	76,0
	Ampolla Trimestral	6	24,0	24,0	100,0
	Ampolla Mensual	0	0,0	0,0	0,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con antecedente de uso de métodos anticonceptivos; son 3 en mayor porcentaje, ningunos 52%, y en menor porcentaje Píldora 8%.

Tabla N°34: Frecuencias de Controles en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	10	40,0	40,0	40,0
	DIU	4	16,0	16,0	56,0
	Preservativo	7	28,0	28,0	84,0
	Píldora	0	0,0	0,0	0,0
	Ampolla Trimestral	0	0,0	0,0	0,0
	Ampolla Mensual	0	0,0	0,0	0,0
	Ritmo	2	8,0	8,0	92,0
	Bloqueo Tubo Ovárico	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes con antecedente de uso de métodos anticonceptivos; son en mayor porcentaje, ningunos 40%, y en menor porcentaje Ritmo y Bloqueo tuvo Ovárico 8%.

Gráfico N°33. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

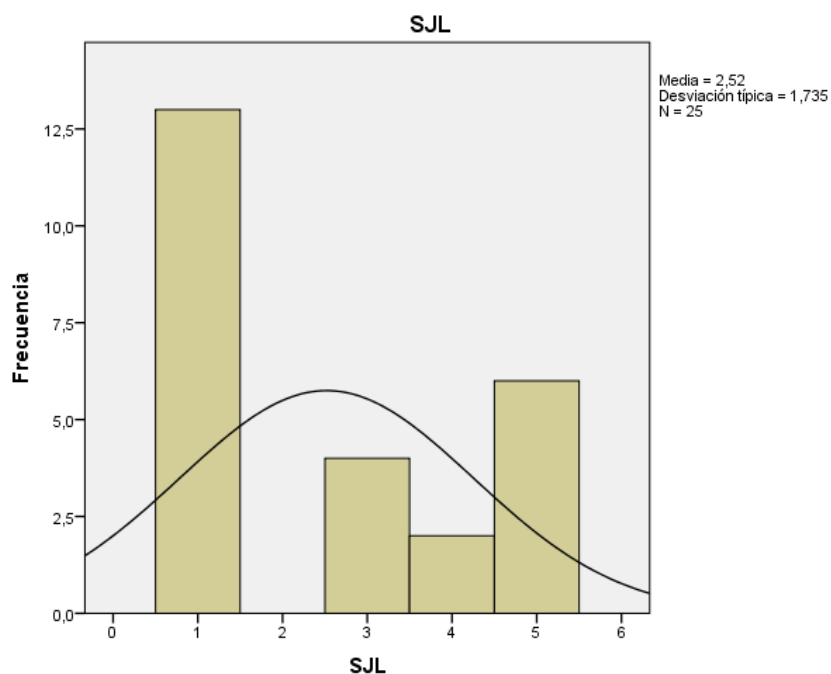
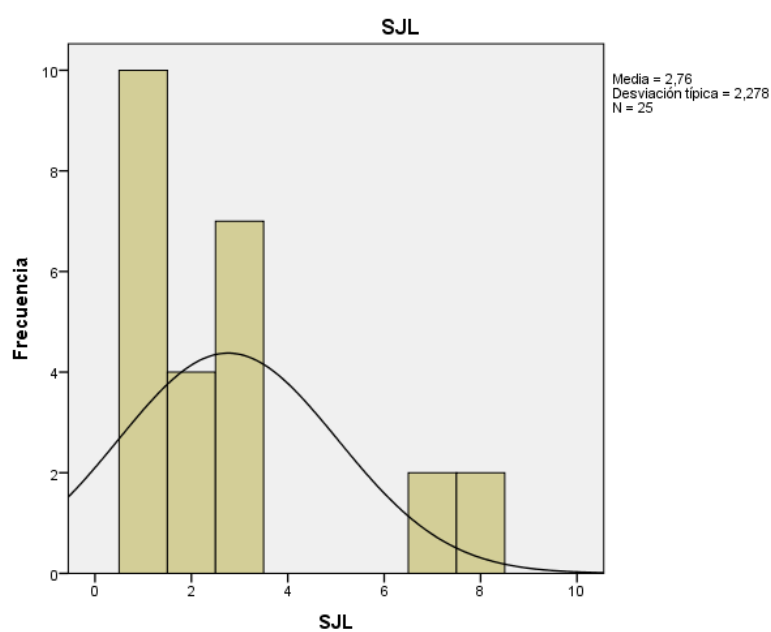


Gráfico N°34. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Control



COMPARACIÓN POR ANTECEDENTE DE INFECCIÓN POR PAPILOMA VIRUS

Tabla N° 35: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	2	8,0	8,0	8,0
	No	23	92,0	92,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con antecedente de infección por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 92%, y en menor porcentaje positivos 8%.

Tabla N°36: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	0	0,0	0,0	0,0
	No	25	100,0	100,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Control, las pacientes con antecedente de infección por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 100%.

Gráfico N° 35. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Casos

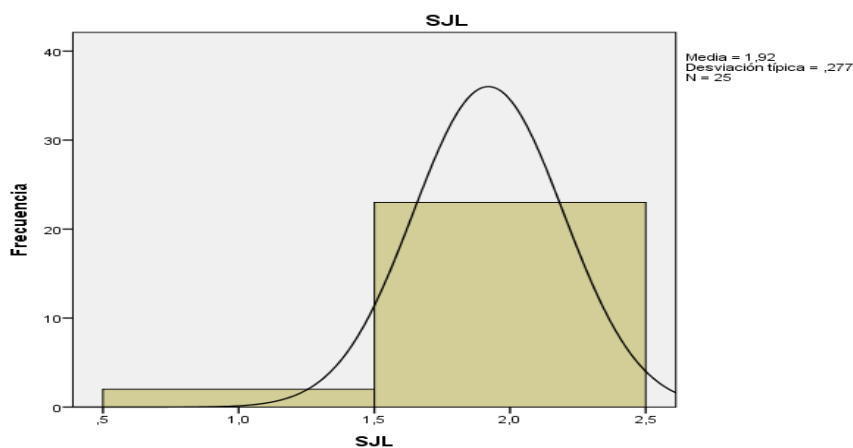
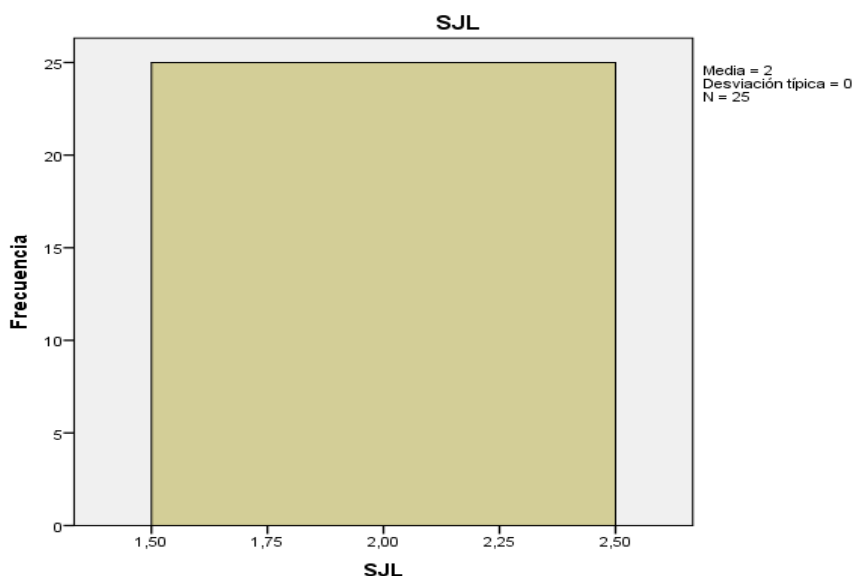


Gráfico N°36. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Controles



COMPARACION POR EL TRATAMIENTO DEL DE INFECCION POR PAPILOMA VIRUS

Tabla N° 37: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	1	4,0	4,0	4,0
	No	24	96,0	96,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con tratamiento de infección por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 96%, y en menor porcentaje positivos 4%.

Tabla N°38: Frecuencias de Controles en el Hospital San Juan Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	0	0,0	0,0	0,0
	No	25	100,0	100,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de controles, las pacientes con tratamiento de infección por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 100%.

Gráfico N° 37. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

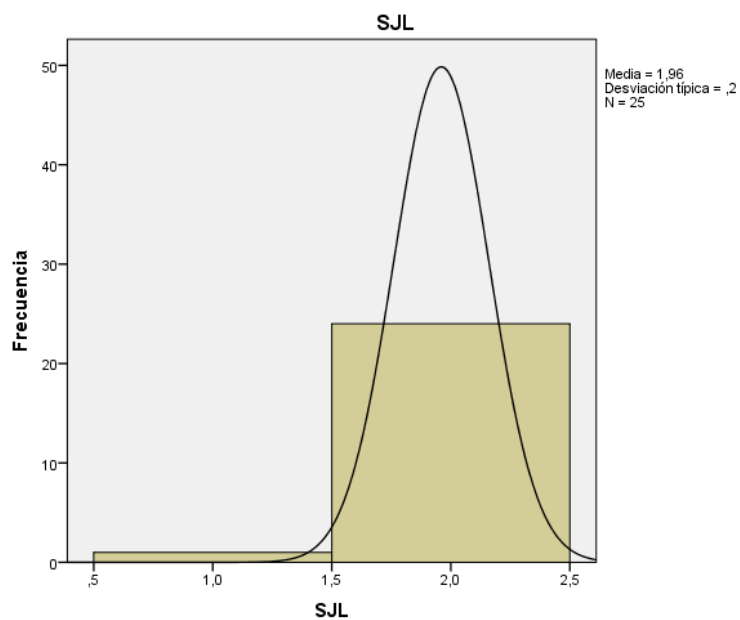
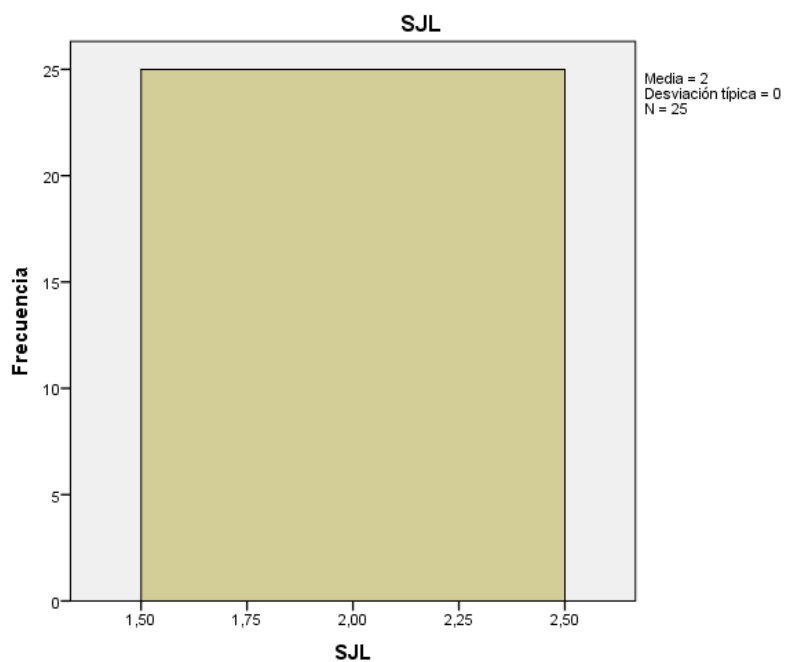


Gráfico N° 38. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Control



COMPARACION POR ANTECEDENTE DE CONDILOMATOSIS GENITAL

Tabla N° 39: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	1	4,0	4,0	4,0
	No	24	96,0	96,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con antecedente de condilomatosis genital por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 96%, y en menor porcentaje positivos 4%.

Tabla N° 40: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	0	0,0	0,0	0,0
	No	25	100,0	100,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Control, las pacientes con antecedente de condilomatosis genital por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 96%, y en menor porcentaje positivos 4%.

Gráfico N° 39. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Casos

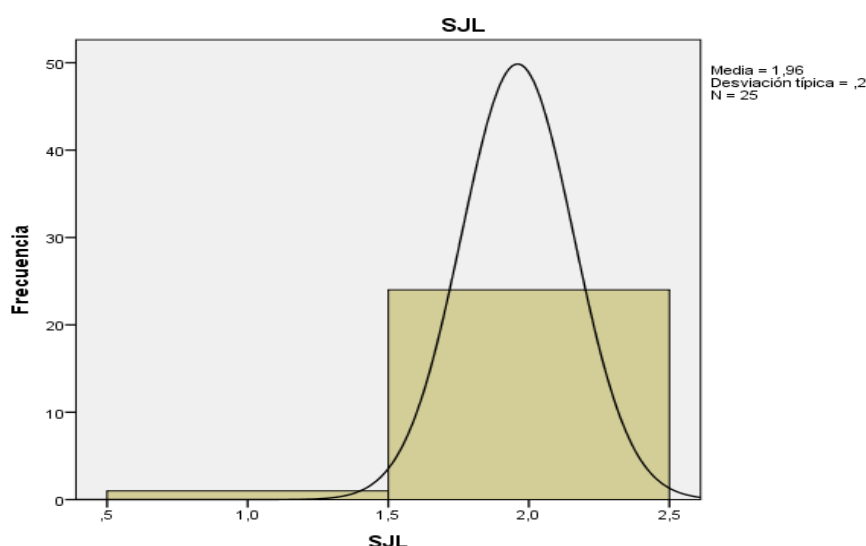
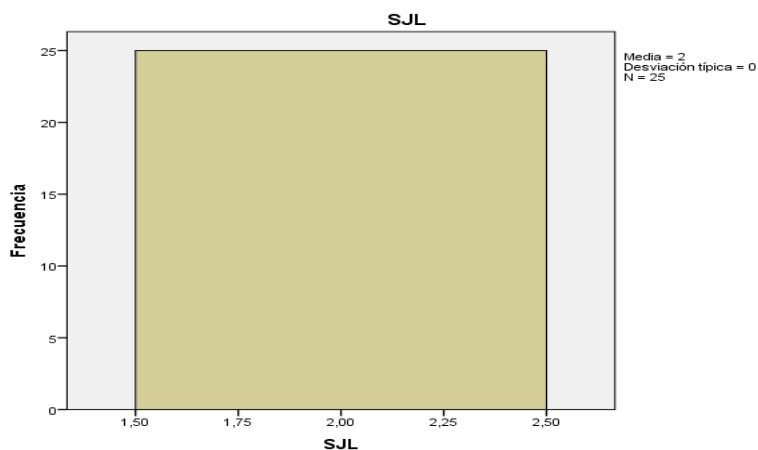


Gráfico N° 40. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San J3uan de Lurigancho. Control



COMPARACION POR ANTECEDENTE DE HERPES GENITAL

Tabla N° 41: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	0	0,0	0,0	0,0
	No	25	100,0	100,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con antecedente de herpes genital por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 100%.

Tabla N°42: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	25	100,0	100,0	100,0
	No	0	0,0	0,0	0,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Control, las pacientes con antecedente de herpes genital por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 100%.

Gráfico N° 41. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

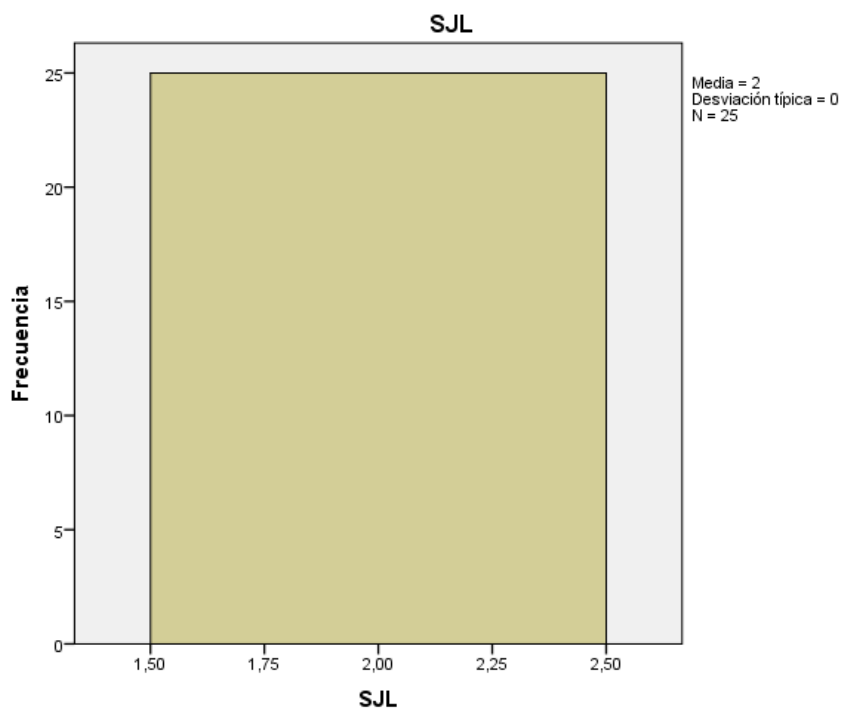
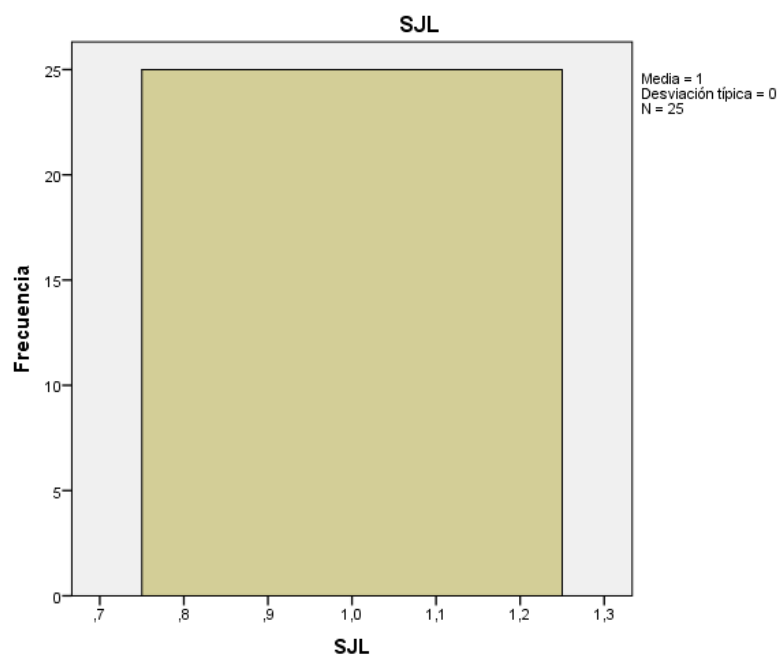


Gráfico N°42. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Control



Manifestaciones clínicas, Hospital San Juan de Lurigancho

Para el factor, Manifestaciones Clínicas, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC), la prueba chi cuadrado fue de 267.556 ($p<0.05$), es decir, el factor presenta un nivel de influencia muy alta.

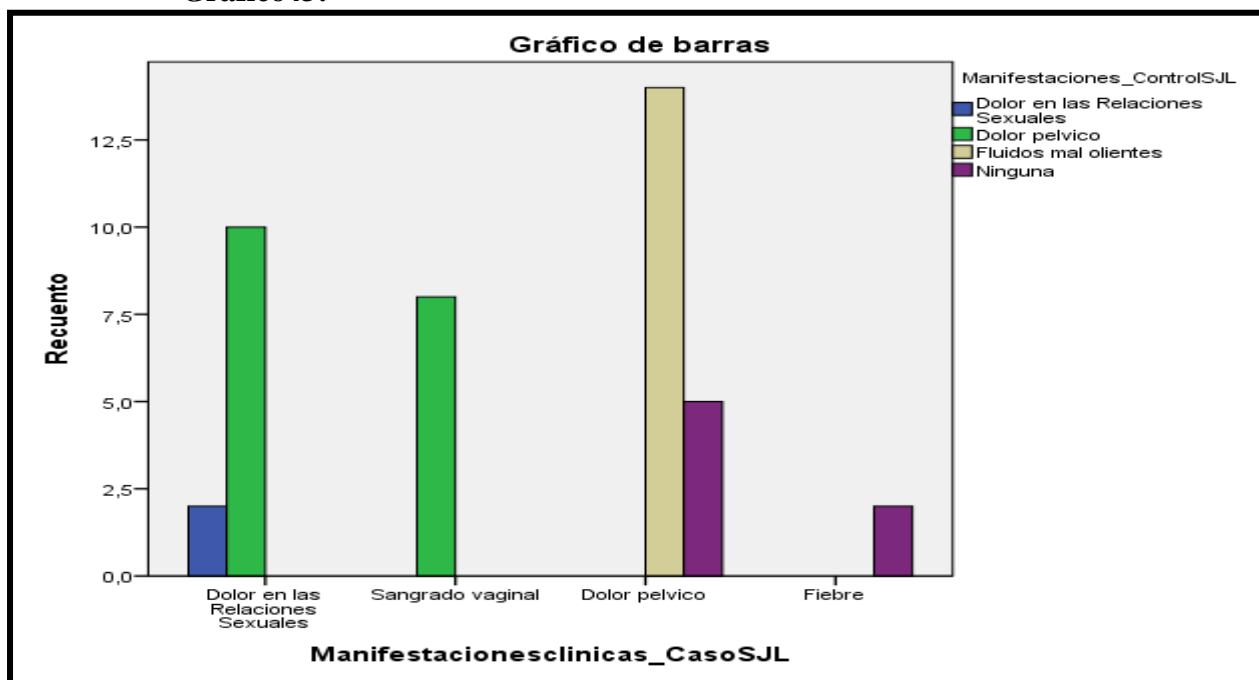
Tabla 43. Comparación de Caso Control: Hospital San Juan de Lurigancho (HSJL)
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	52,669 ^a	9	,000
Razón de verosimilitud	63,836	9	,000
Asociación lineal por lineal	32,819	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	41		

a. 13 casillas (81,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

b. Ambas variables deben tener valores idénticos de categorías.

Grafico43:



COMPARACION ENTRE PACIENTES CON BIOPSIA POSITIVA DE DISPLASIA (TIPOS DE PAPILOMA VIRUS POSITIVO-ENCONTRADOS) (Pacientes Caso)

Tabla N° 44: Frecuencias de Casos en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	31	0	0,0	0,0	0,0
	31, 39 y 59	0	0,0	0,0	0,0
	31 y 39	0	0,0	0,0	0,0
	39	1	4,0	4,0	4,0
	51	2	8,0	8,0	12,0
	52	1	4,0	4,0	16,0
	52 y 58	0	0,0	0,0	0,0
	56	0	0,0	0,0	0,0
	16 y 58	2	8,0	8,0	24,0
	16, 39 y 66	2	8,0	8,0	32,0
	58	0	0,0	0,0	0,0
	66 y 68	2	8,0	8,0	40,0
	68	0	0,0	0,0	0,0
	Negativo	15	60,0	60,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa que en el Grupo de Casos, con mayor porcentaje 60% las pacientes con biopsia positiva no presentan ninguno de los 14 genotipos estudiados; por lo que es negativo, y en el 40 % de los casos en menor porcentaje los tipos de papiloma virus 39, 51, 52, 16, 58, 66 y 68.

COMPARACION PACIENTES CON RESULTADO NEGATIVO DE PAPANICOLAO QUE OBTUVIERON RESULTADO POSITIVO DE PAPILOMA VIRUS ALTO RIESGO, (pacientes control)

Tabla N° 45: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	31	0	0,0	0,0	0,0
	16 y 31	2	8,0	8,0	8,0
	33 y 52	0	0,0	0,0	0,0
	39	2	8,0	8,0	16,0
	45	0	0,0	0,0	0,0
	52	0	0,0	0,0	0,0
	39 y 56	2	8,0	8,0	24,0
	59	2	8,0	8,0	32,0
	Negativo	17	68,0	68,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, que las pacientes con Papanicolaou negativo; no presentaron ningunos de los 14 genotipos estudiados en mayor porcentaje 68%, y en menor porcentaje 32% los tipos de papiloma virus 16, 31, 39, 56, y 59.

Gráfico N° 44. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San Juan de Lurigancho. Caso

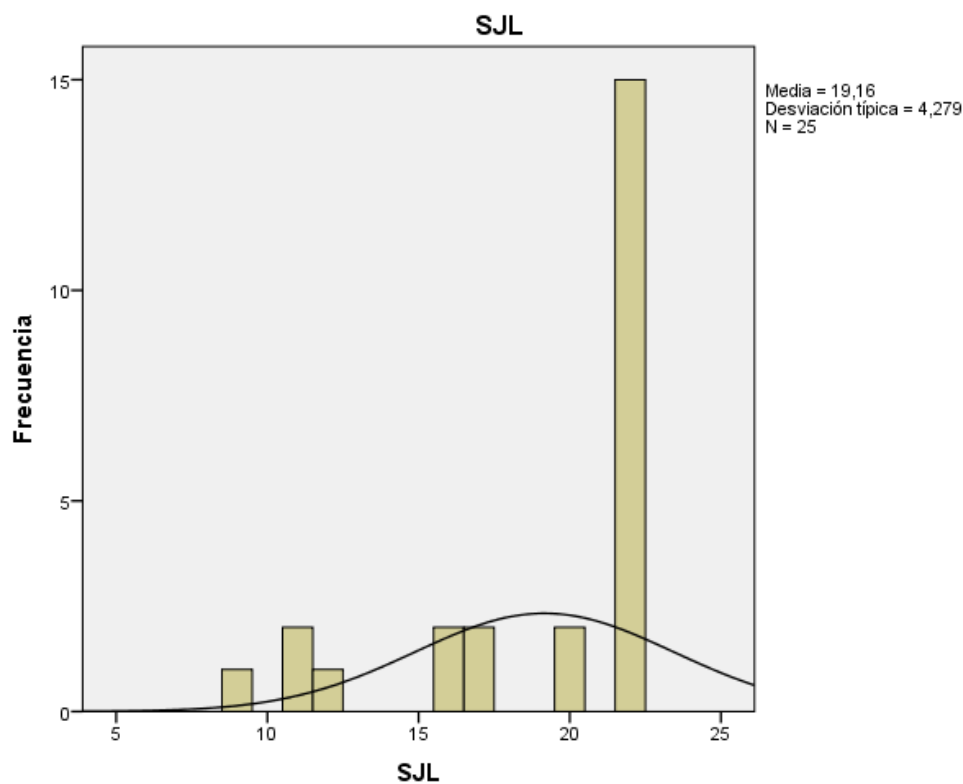
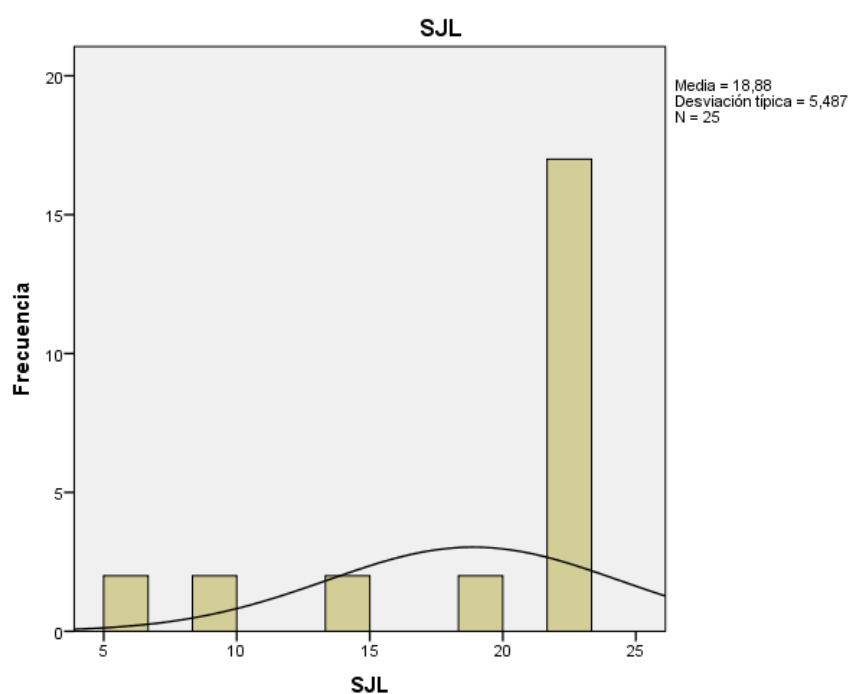


Gráfico N° 45. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital San J3uan de Lurigancho. Control



HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO
COMPARACION POR LUGAR DE RESIDENCIA

Tabla N° 01: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Urbana	22	88,0	88,0	88,0
	Periurbana	0	0,0	0,0	0,0
	Pueblo Joven	3	12,0	12,0	100,0
	Rural	0	0,0	0,0	0,0
	Otra	0	0,0	0,0	0,0
	Total		25	100,0	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del auto

Se observa en el Grupo de Casos que las pacientes que acuden en mayor porcentaje 88% son de zona Urbana y en menor porcentaje 12% son de Pueblo Joven.

Tabla N°02: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Zona Urbana	22	88,0	88,0	88,0
	Zona Periurbana	0	0,0	0,0	0,0
	Pueblo Joven	3	12,0	12,0	100,0
	Zona Rural	0	0,0	0,0	100,0
	Otra	0	0,0	0,0	100,0
	Total		25	100,0	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles que las pacientes que acuden en mayor porcentaje 88% son de zona Urbana y en menor porcentaje 12% son de Pueblo Joven.

Gráfico N°01. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

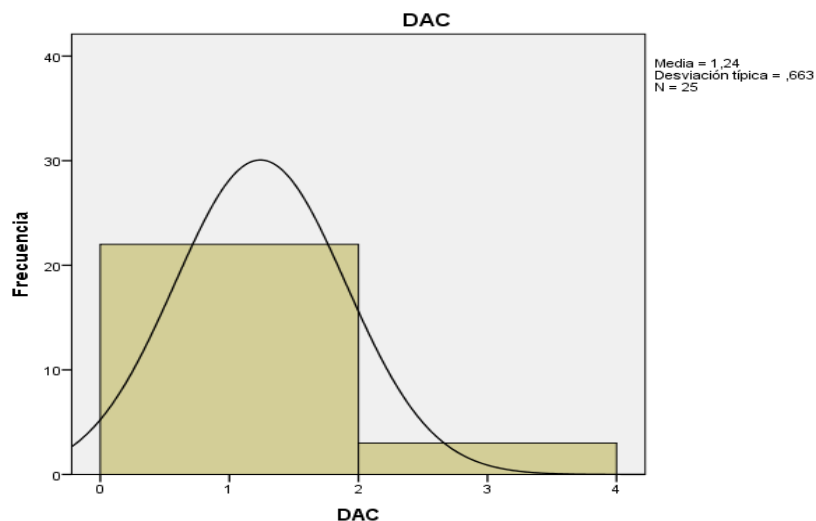
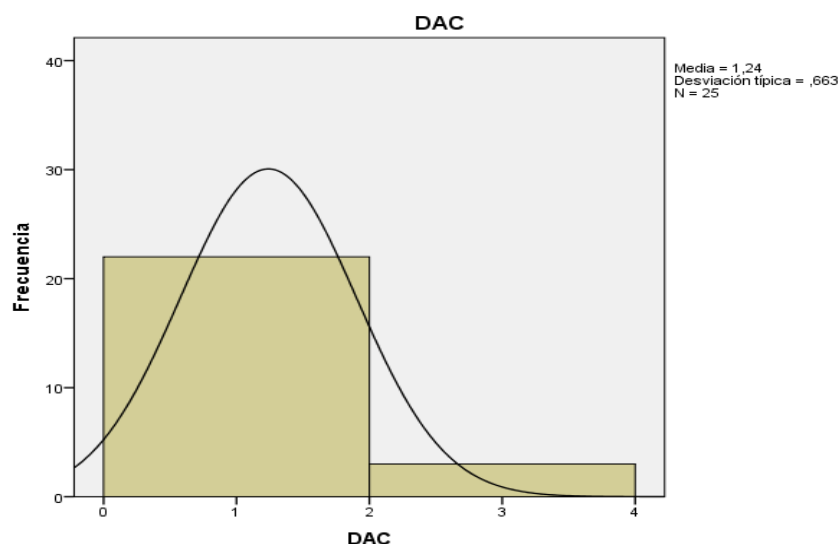


Gráfico N°02. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR HACINAMIENTO (N°De Personas que Viven en la Vivienda)

Tabla N°03: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta 4 personas	8	32,0	32,0	32,0
	De 5 a 9 personas	15	60,0	60,0	92,0
	más de 9 personas	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes según el número de habitantes por vivienda en mayor porcentaje es 60%, viven 5-9 personas y en menor porcentaje 8% viven más de 9 personas.

Tabla N°04: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hasta 4 personas	12	48,0	48,0	48,0
	de 5 a 9	8	32,0	32,0	80,0
	Más de 9	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles las pacientes según el número de habitantes por vivienda en mayor porcentaje 48% son 4 personas y en menor porcentaje 20% viven más de 9 personas.

Gráfico N° 03. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

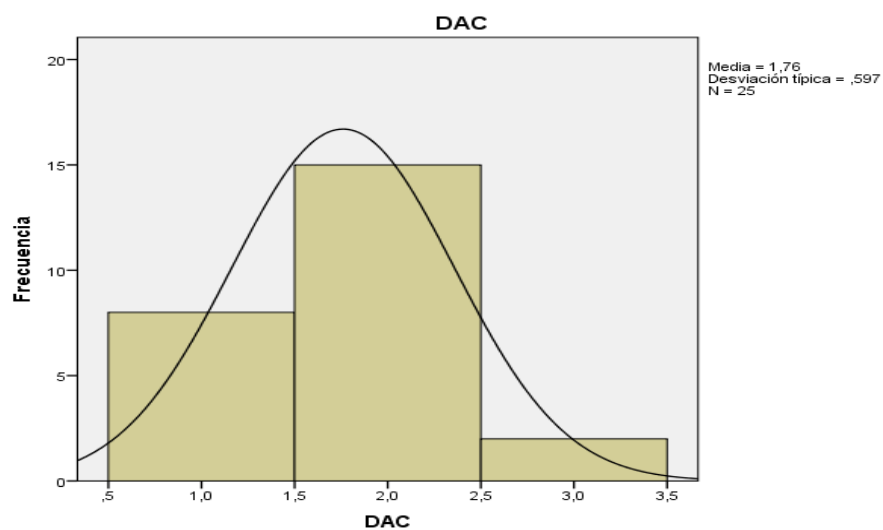
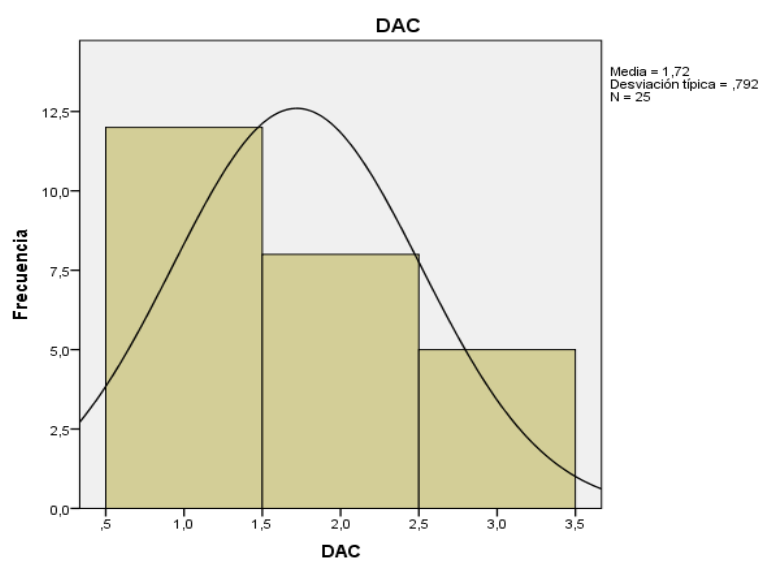


Gráfico N°04. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR NÚMERO DE CUARTOS PARA DORMIR

Tabla N°05: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Un Cuarto	4	16,0	16,0	16,0
	Dos Cuartos	6	24,0	24,0	40,0
	Tres Cuartos	11	44,0	44,0	84,0
	Cuatro Cuartos	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes según el número de cuartos para dormir en mayor porcentaje 44% son 3 cuartos y en menor porcentaje 16% 1 y 4 cuartos.

Tabla N°06: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 cuarto	4	16,0	16,0	16,0
	2 cuartos	2	8,0	8,0	24,0
	3 cuartos	15	60,0	60,0	84,0
	4 cuartos a más	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes según el número de cuartos para dormir en mayor porcentaje 60% son 3 cuartos y en menor porcentaje 8% 2 cuartos.

Gráfico N° 05. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

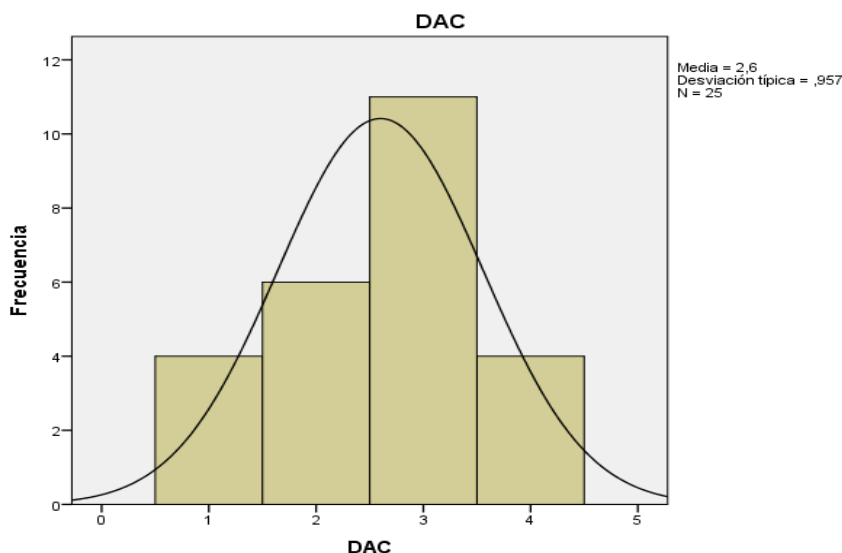
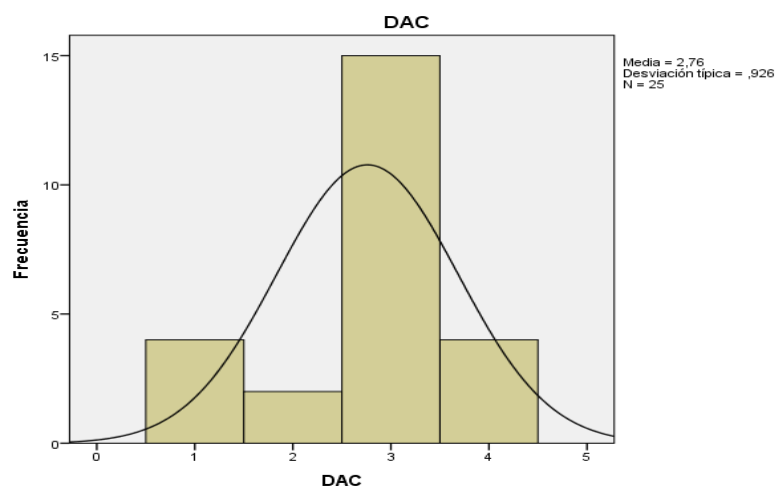


Gráfico N°06. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR DISPONIBILIDAD DE AGUA POTABLE

Tabla N° 07: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	25	100,0	100,0	100,0
	No	0	0,0	0,0	0,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes según disponibilidad de agua potable en mayor porcentaje 100% si tienen al alcance agua.

Tabla N°08: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	25	100,0	100,0	100,0
	No	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes según disponibilidad de agua potable en mayor porcentaje 100% si tienen al alcance agua.

Gráfico N° 07. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

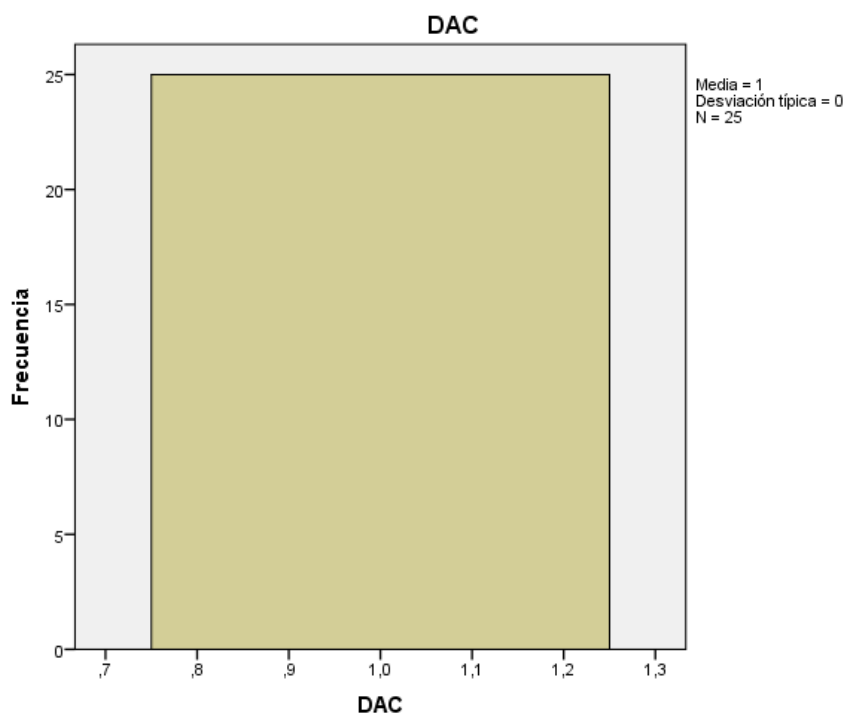
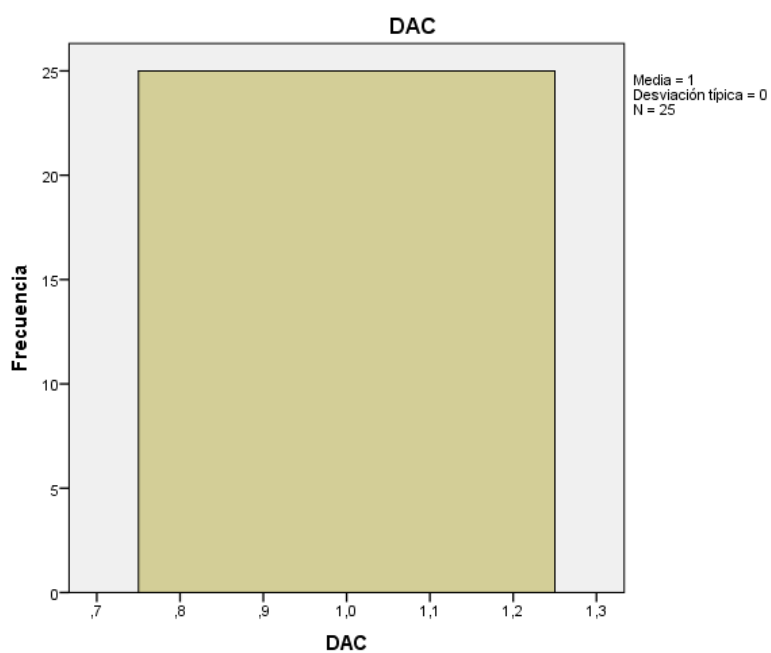


Gráfico N°08. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Controles



COMPARACION POR FORMA DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

Tabla N° 09: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Red Publica	25	100,0	100,0	100,0
	Letrina o Pozo	0	0,0	0,0	0,0
	Otra forma	0	0,0	0,0	0,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes según disponibilidad de eliminación de excretas en mayor porcentaje 100%, eliminan en Red Pública.

Tabla N°10: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Red Publica	25	100,0	100,0	100,0
	Letrina o Pozo Ciego	0	0,0	0,0	100,0
	Otra Forma	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo Control, las pacientes según disponibilidad de eliminación de excretas en mayor porcentaje 100%, eliminan en Red Pública.

Gráfico N° 09. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

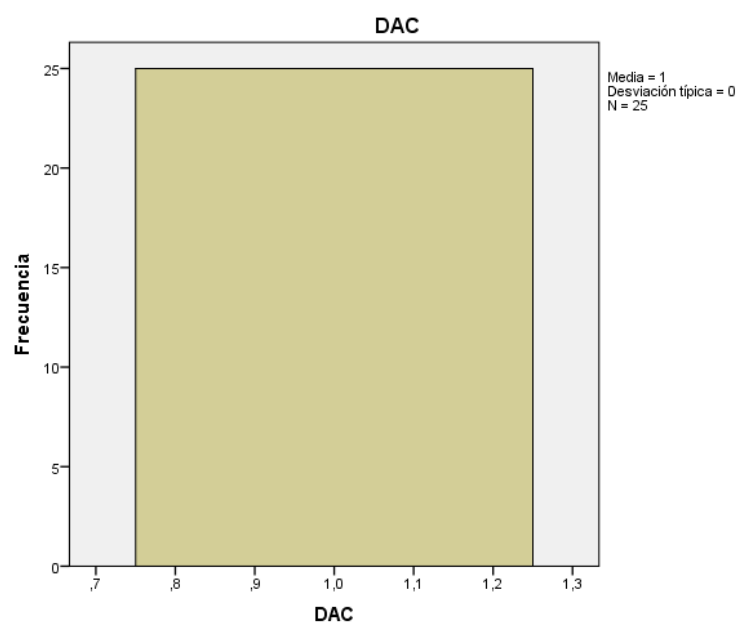
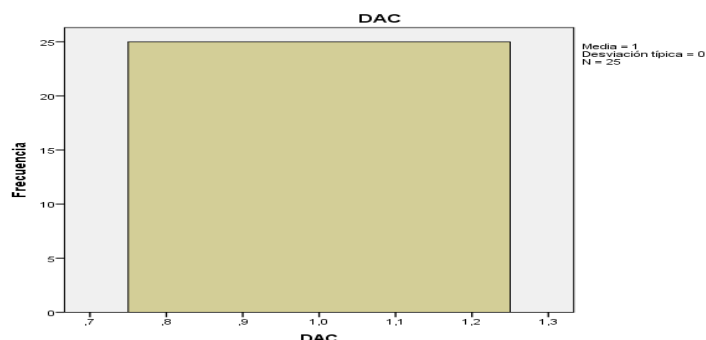


Gráfico N°10. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR GRUPO ETARIO

Tabla N° 11: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18 a 22 años	2	8,0	8,0	8,0
	23 a 27 años	2	8,0	8,0	16,0
	28 a 32 años	0	0,0	0,0	0,0
	33 a 37 años	2	8,0	8,0	24,0
	38 a 42 años	4	16,0	16,0	40,0
	43 a 47 años	9	36,0	36,0	76,0
	48 a 52 años	2	8,0	8,0	84,0
	53 a 57 años	0	0,0	0,0	0,0
	58 años a mas	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes entre 38 a 42 años, son en mayor porcentaje 32%, y en menor porcentaje de 18-22 años, 23-27, 33-7, 48-52 años a más 8%.

Tabla N°12: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18 a 22 años	0	0,0	0,0	0,0
	23 a 27 años	4	16,0	16,0	16,0
	28 a 32 años	6	24,0	24,0	40,0
	33 a 37 años	3	12,0	12,0	52,0
	38 a 42 años	0	0,0	0,0	0,0
	43 a 47 años	4	16,0	16,0	68,0
	48 a 52 años	2	8,0	8,0	76,0
	53 a 57 años	4	16,0	16,0	92,0
	58 años a mas	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes entre 28- 32 años, son en mayor porcentaje 24%, y en menor porcentaje de 58 años a más 8%.

Gráfico N° 11. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

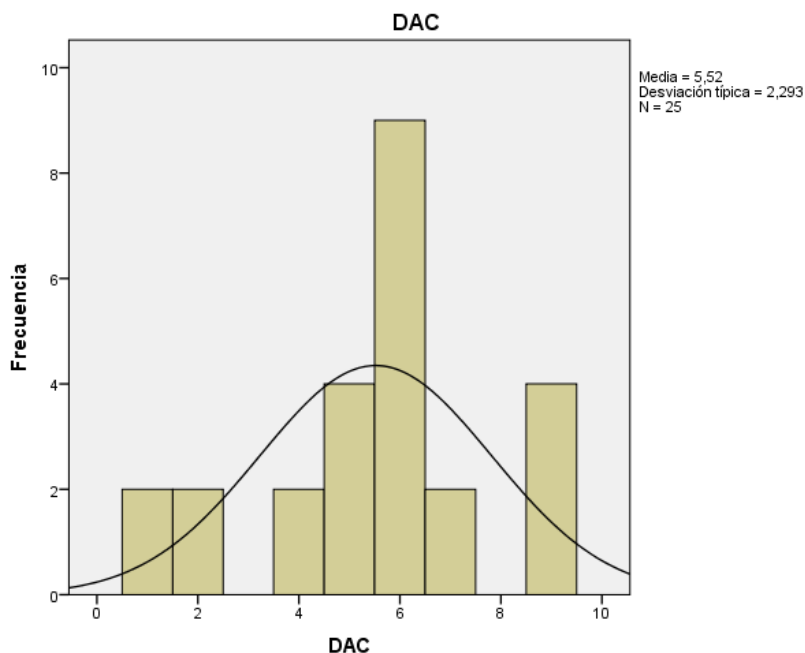
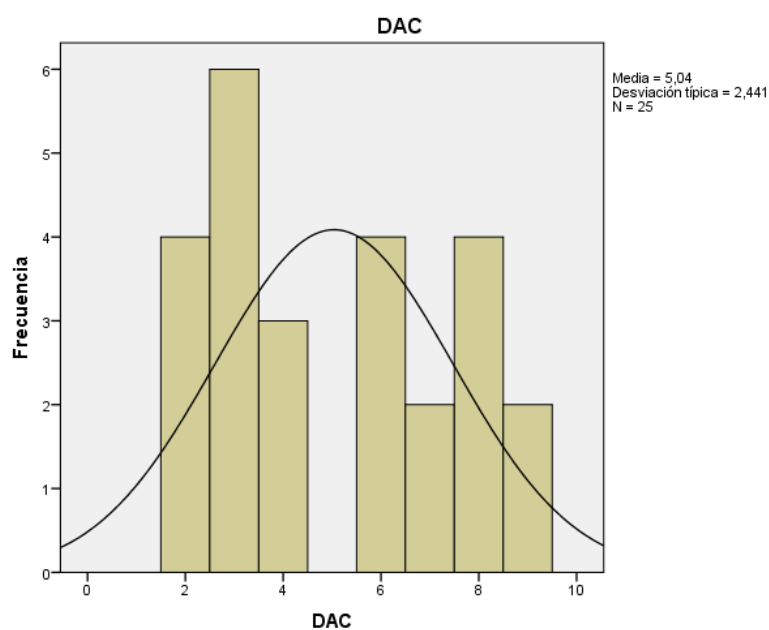


Gráfico N°12. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR GRADO DE INSTRUCCIÓN

Tabla N° 13: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeta	2	8,0	8,0	8,0
	Primaria Incompleta	2	8,0	8,0	16,0
	Primaria Completa	2	8,0	8,0	24,0
	Secundaria Incompleta	8	32,0	32,0	56,0
	Secundaria Completa	2	8,0	8,0	64,0
	Superior Incompleta	2	8,0	8,0	72,0
	Superior Completa Técnica	5	20,0	20,0	92,0
	Superior Completa Universitaria	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con grado de instrucción secundaria Incompleta, son en mayor porcentaje 32%, y en menor porcentaje, todos los demás, 8%.

Tabla N° 14: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeta	0	0,0	0,0	0,0
	Primaria Incompleta	2	8,0	8,0	8,0
	Primaria Completa	2	8,0	8,0	16,0
	Secundaria Incompleta	2	8,0	8,0	24,0
	Secundaria Completa	8	32,0	32,0	56,0
	Superior Incompleta	4	16,0	16,0	72,0
	Superior Completa Técnica	4	16,0	16,0	88,0
	Superior Completa Universitaria	3	12,0	12,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes con grado de instrucción secundaria Completa, son en mayor porcentaje 32%, y en menor porcentaje, Primaria Completa, Secundaria Incompleta, Primaria Incompleta, 8%.

Gráfico N° 13. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

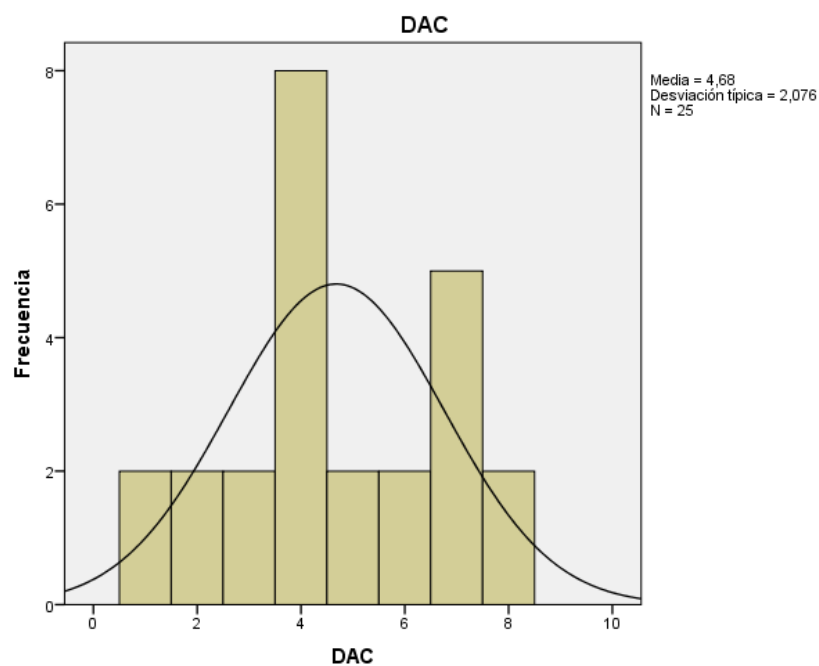
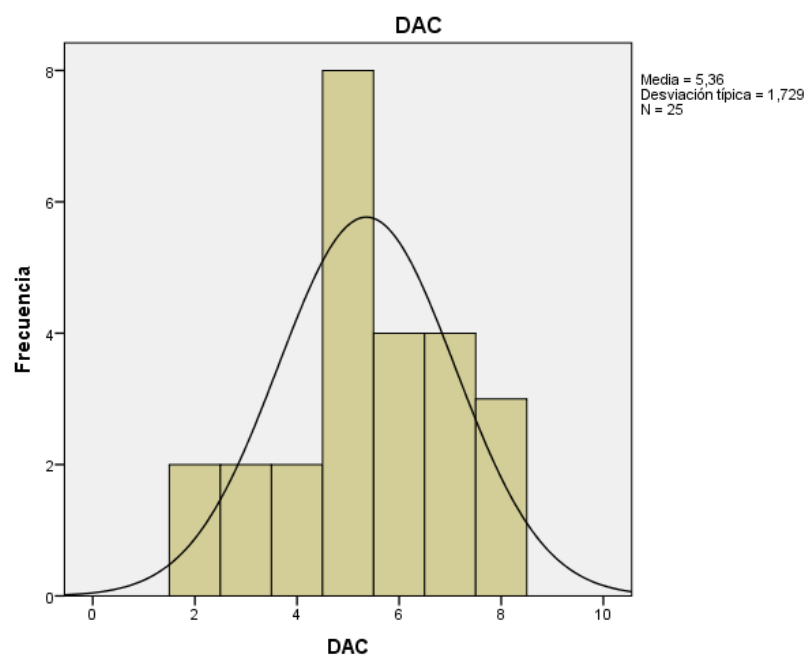


Gráfico N°14. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR ESTADO CIVIL

Tabla N° 15: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	10	40,0	40,0	40,0
	Casada	8	32,0	32,0	72,0
	Unión Libre	4	16,0	16,0	88,0
	Separada	0	0,0	0,0	0,0
	Divorciada	0	0,0	0,0	0,0
	Viuda	3	12,0	12,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes Solteras, son en mayor porcentaje 40%, y en menor porcentaje son Viudas 12%.

Tabla N°16: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	6	24,0	24,0	24,0
	Casada	6	24,0	24,0	48,0
	Unión Libre	4	16,0	16,0	64,0
	Separada	4	16,0	16,0	80,0
	Divorciada	2	8,0	8,0	88,0
	Viuda	3	12,0	12,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo Controles, las pacientes solteras y unión libre, son en mayor porcentaje 24%, y en menor porcentaje las Divorciadas 8%.

Gráfico N° 15. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

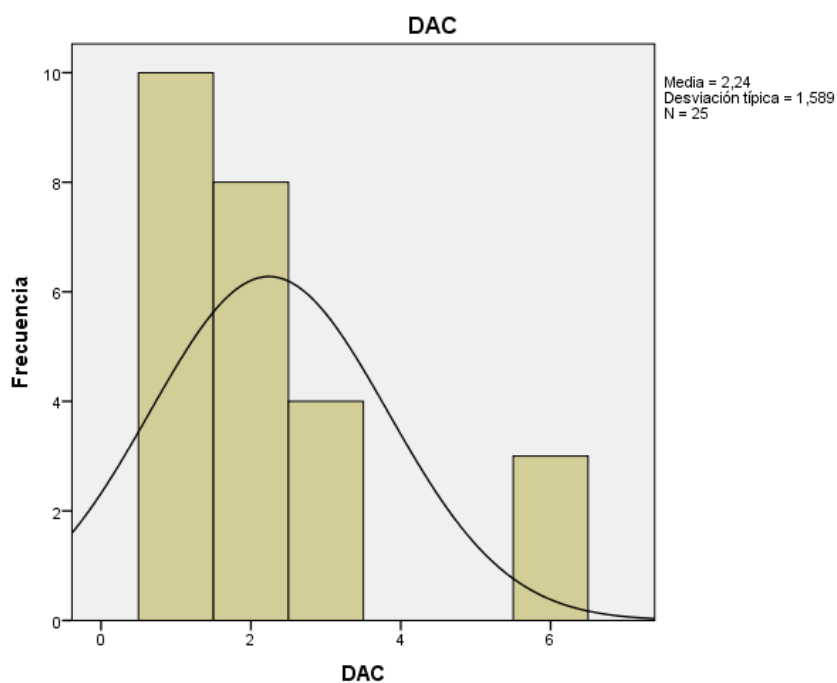
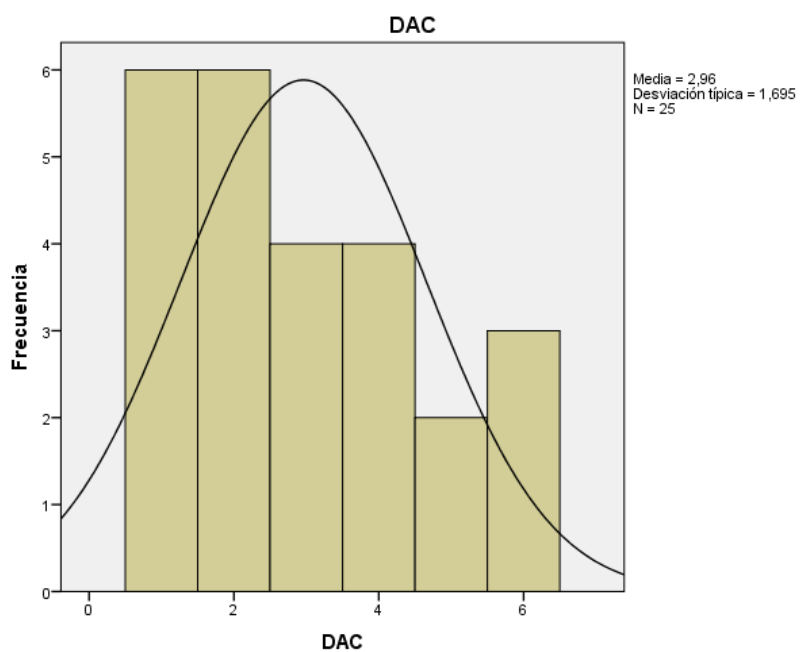


Gráfico N° 16. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR OCUPACION

Tabla N° 17: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ama de Casa	16	64,0	64,0	64,0
	Estudiante	0	0,0	0,0	0,0
	Empleada	6	24,0	24,0	88,0
	Independiente	3	12,0	12,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes son Ama de Casa en mayor porcentaje 64%, y en menor porcentaje son Independiente 12%.

Tabla N°18: Frecuencias de Controles en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ama de casa	12	48,0	48,0	48,0
	Estudiante	0	0,0	0,0	0,0
	Empleada	6	24,0	24,0	72,0
	Independiente	7	28,0	28,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes son Ama de Casa en mayor porcentaje 48%, y en menor porcentaje son empleadas 24%.

Gráfico N° 17. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

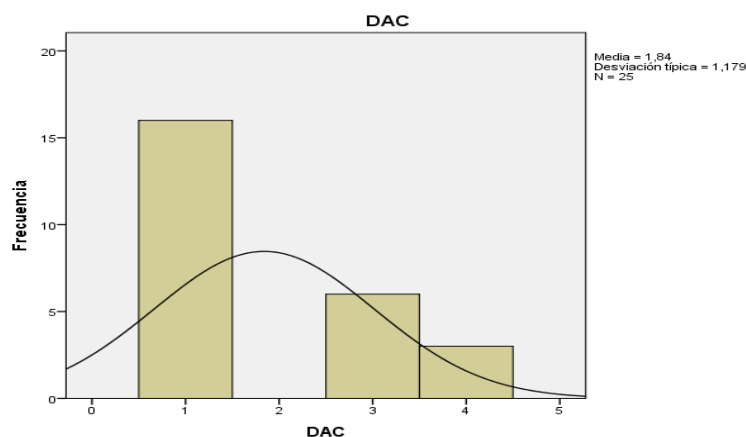
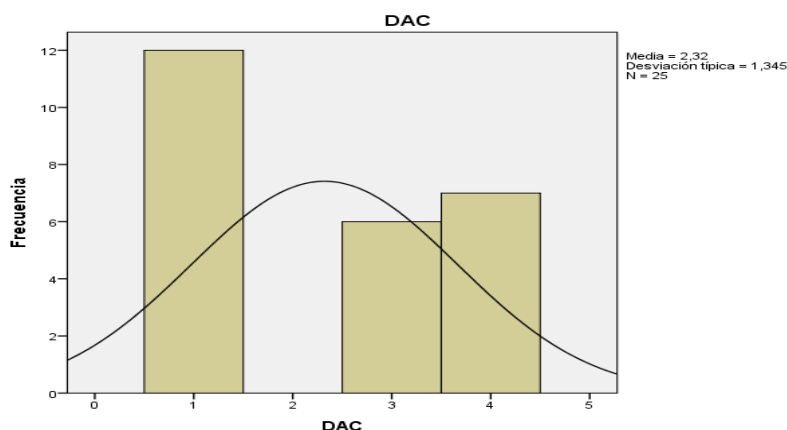


Gráfico N°18. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión.



COMPARACION POR NIVEL SOCIOECONOMICO

Tabla N° 19: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	22	88,0	88,0	88,0
	Medio	3	12,0	12,0	100,0
	Alto	0	0,0	0,0	0,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con nivel económico bajo son en mayor porcentaje 88%, y en menor porcentaje con nivel económico bajo es medio 12%.

Tabla N°20: Frecuencias de Controles en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	16	64,0	64,0	64,0
	Medio	9	36,0	36,0	100,0
	Alto	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Control, las pacientes con nivel económico bajo son en mayor porcentaje 64%.
y en menor porcentaje con nivel económico medio es medio 36%.

Gráfico N° 19. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión.

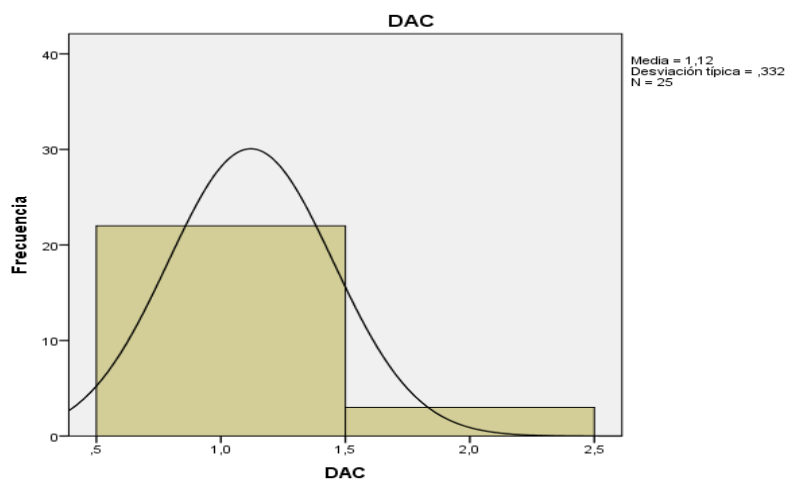
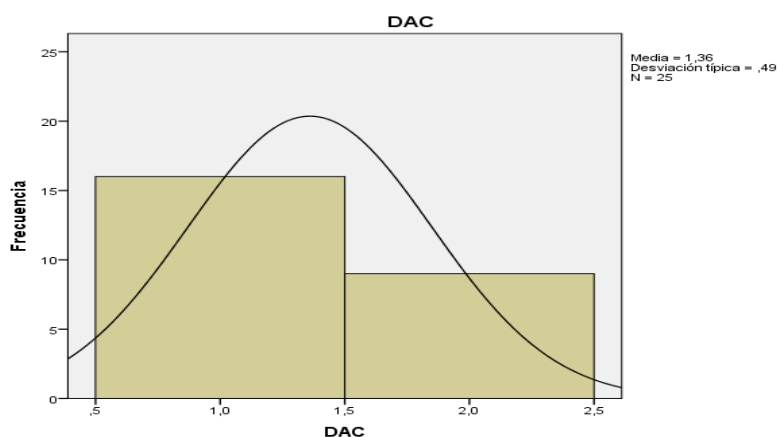


Gráfico N°20. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión.



COMPARACION POR LA EDAD DE OCURRENCIA DE LA MENARQUIA

Tabla N° 21: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	<10 años	2	8,0	8,0	8,0
	10-13 años	15	60,0	60,0	68,0
	>=14 años	8	32,0	32,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con inicio de menarquía son en mayor porcentaje mayor 10-13 años en 60%, y en menor porcentaje diez años es 8%.

Tabla N°22: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menor a 10 años	0	0,0	0,0	0,0
	10 a 13 años	15	60,0	60,0	60,0
	14 años a mas	10	40,0	40,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes con inicio de menarquía son en mayor porcentaje 10-13 años 60%, y en menor porcentaje menor de 14 años es 40%.

Gráfico N° 21. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

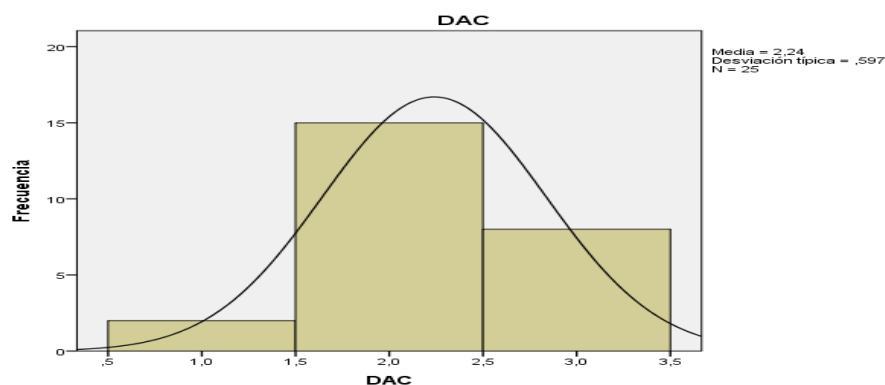
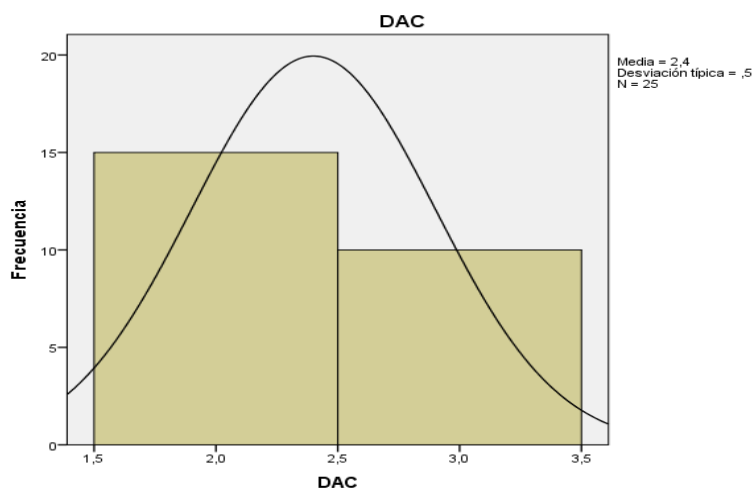


Gráfico N°22. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR LA EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

Tabla N° 23: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8 a 9 Años x Violación	0	0,0	0,0	0,0
	10 a 14 Años	4	16,0	16,0	16,0
	15 a 19 Años	13	52,0	52,0	68,0
	20 a 24 Años	8	32,0	32,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con 15-19 años iniciaron sus relaciones sexuales con mayor porcentaje 52%, y en menor porcentaje de 10-14 años con 16%.

Tabla N°24: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8 a 9 años x violación	0	0,0	0,0	0,0
	10 a 14 años	6	24,0	24,0	24,0
	15 a 19 años	8	32,0	32,0	56,0
	20 a 24 años	9	36,0	36,0	92,0
	25 a 29 años	2	8,0	8,0	100,0
	30 años a más	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes con 20-24 años iniciaron sus relaciones sexuales con mayor porcentaje 36%, y en menor porcentaje de 25-29 años con 8%.

Gráfico N° 23. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión.

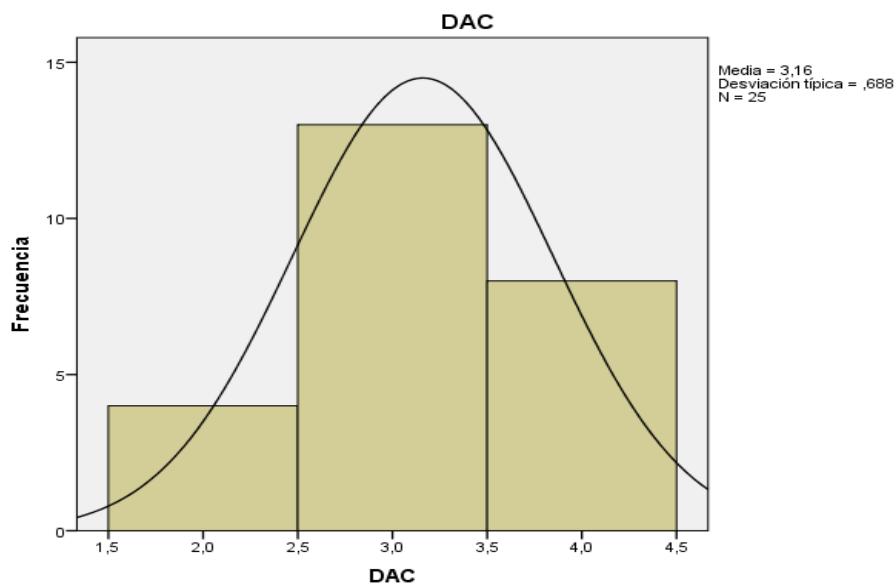
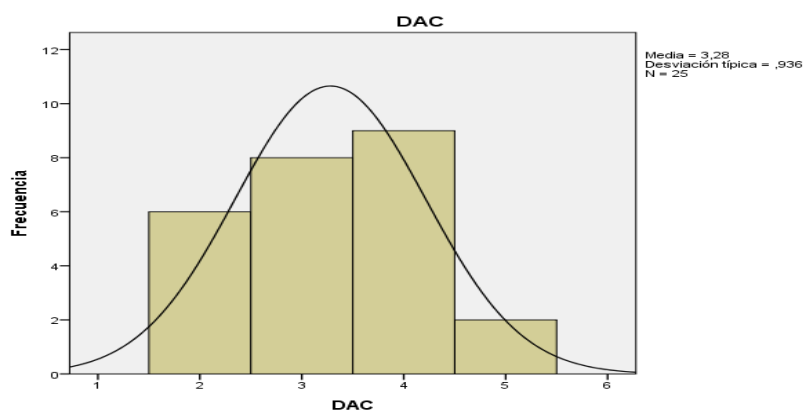


Gráfico N° 24. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

Tabla N° 25: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 a 2	10	40,0	40,0	40,0
	3 a 4	14	56,0	56,0	96,0
	5 a 6	0	0,0	0,0	0,0
	7 a 9	0	0,0	0,0	0,0
	Mayor a 10	1	4,0	4,0	100,0
	Uno por violación	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con 3-4 parejas son en mayor porcentaje 56%, y en menor porcentaje una con más de 10 parejas sexuales 4%.

Tabla N°26: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Uno x Violación	0	0,0	0,0	0,0
	1 a 2	16	64,0	64,0	64,0
	3 a 4	8	32,0	32,0	96,0
	5 a 6	1	4,0	4,0	100,0
	7 a 9	0	0,0	0,0	100,0
	Mayor a 10	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes con 1-2 parejas son en mayor porcentaje 64%, y en menor porcentaje 5-6 parejas sexuales 4%.

Gráfico N°25. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión.

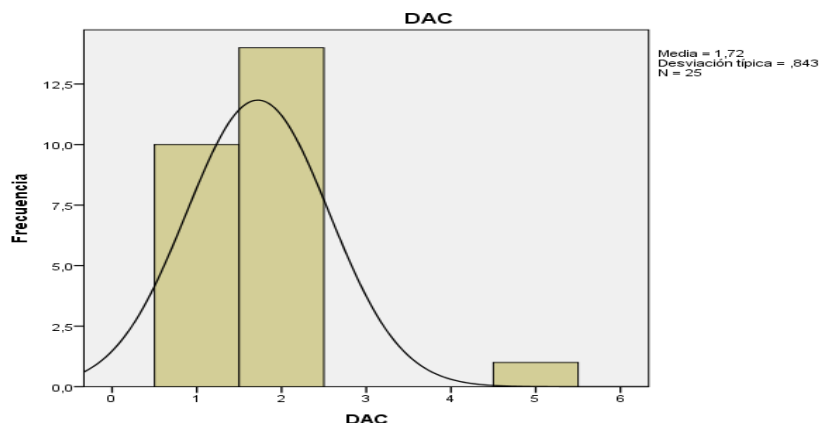
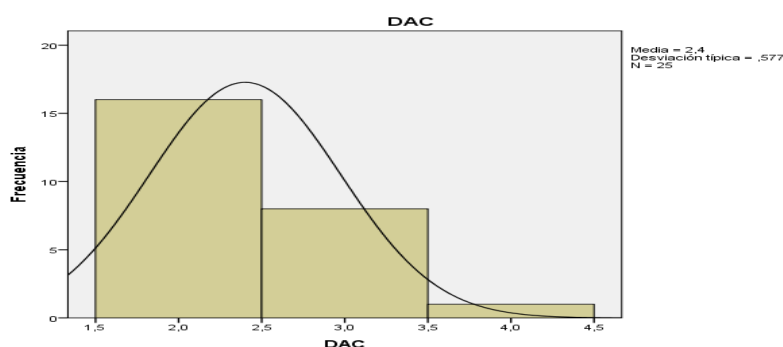


Gráfico N°26. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión.



COMPARACION POR EL NÚMERO DE GESTACIONES

Tabla N ° 27: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tiene Hijos	2	8,0	8,0	8,0
	Primigesta	6	24,0	24,0	32,0
	Segundigesta	8	32,0	32,0	64,0
	Tercigesta	0	0,0	0,0	0,0
	Multigesta	9	36,0	36,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes multigestas son en mayor porcentaje 36%, y en menor porcentaje primigestas 8%.

Tabla N° 28: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tiene Hijos	0	0,0	0,0	0,0
	Primigesta	4	16,0	16,0	16,0
	Segundigesta	4	16,0	16,0	32,0
	Tercigesta	9	36,0	36,0	68,0
	Multigesta	8	32,0	32,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes tercigestas son en mayor porcentaje 36%, y en menor porcentaje primigestas y segundigestas 16%.

Gráfico N° 27. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

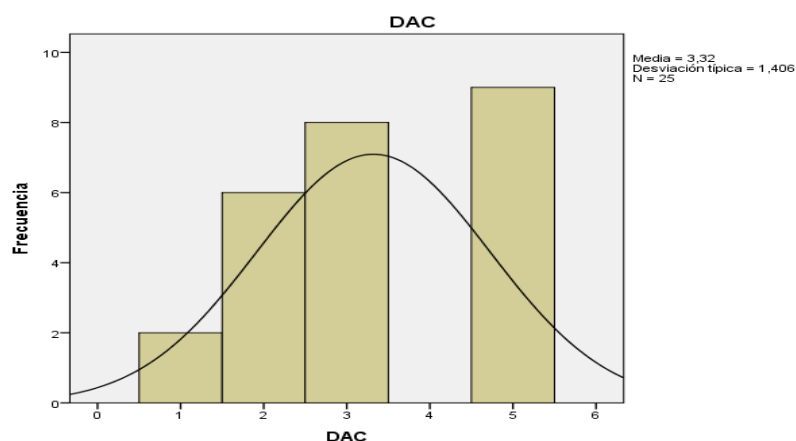
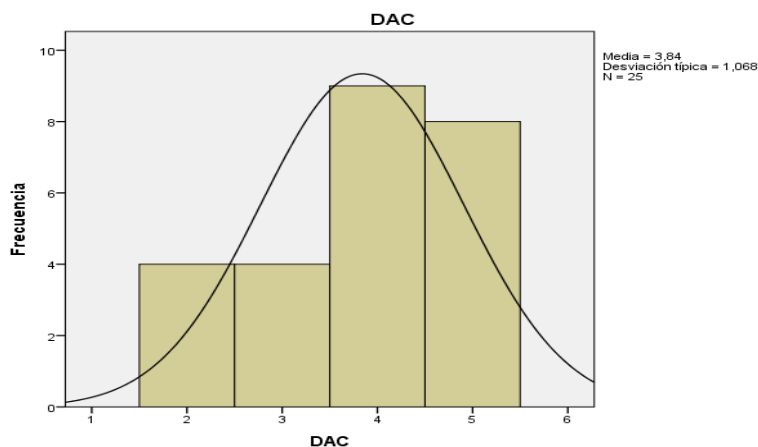


Gráfico N°28. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR EL ANTECEDENTE DE INFECCIÓN VAGINAL

Tabla N° 29: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	25	100,0	100,0	100,0
	No	0	0,0	0,0	0,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con antecedente de infección vaginal; son en mayor porcentaje 100%.

Tabla N°30 : Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	25	100,0	100,0	100,0
	No	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes con antecedente de infección vaginal; son en mayor porcentaje 100%.

Gráfico N° 29. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

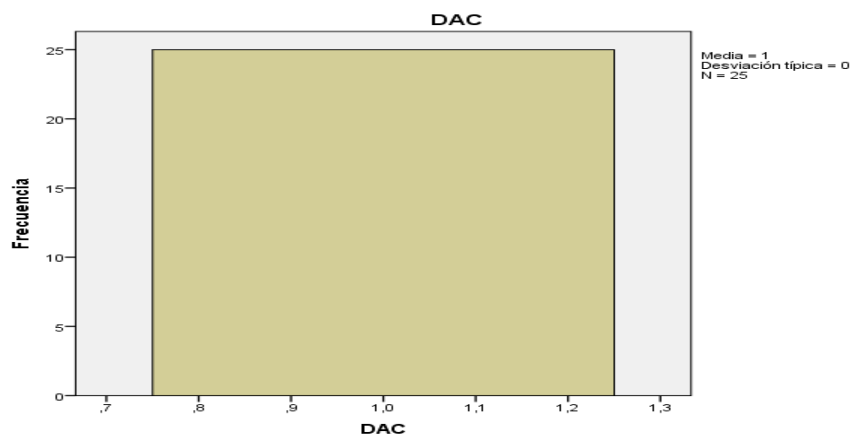
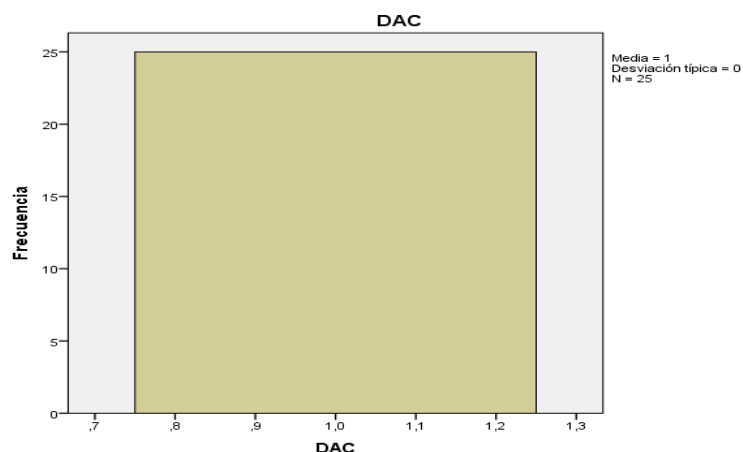


Gráfico N°30. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR EL NÚMERO DE ABORTOS

Tabla N° 31: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No aborto	14	56,0	56,0	56,0
	1 aborto	8	32,0	32,0	88,0
	2 aborto	2	8,0	8,0	96,0
	3 a más abortos	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con antecedente de no abortos; son en mayor porcentaje 56%, y en menor porcentaje 3 abortos 4%.

Tabla N°32: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No aborto	11	44,0	44,0	44,0
	1 aborto	6	24,0	24,0	68,0
	2 abortos	8	32,0	32,0	100,0
	3 a más abortos	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Control, las pacientes con antecedente de no aborto; son en mayor porcentaje 44%, y en menor porcentaje 1 aborto 24%.

Gráfico N° 31. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

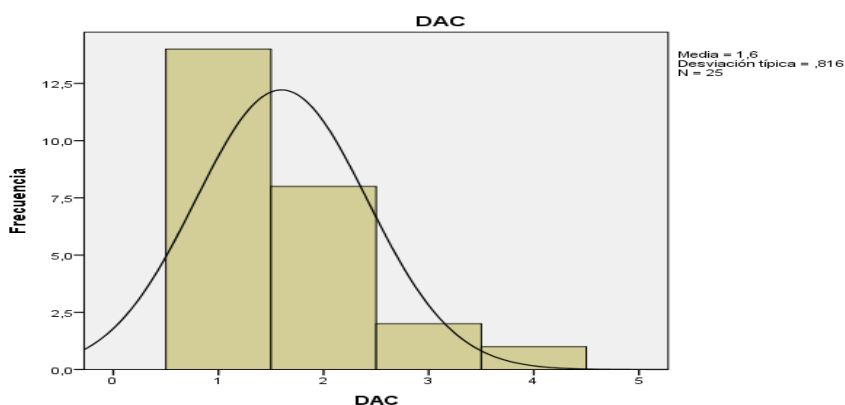
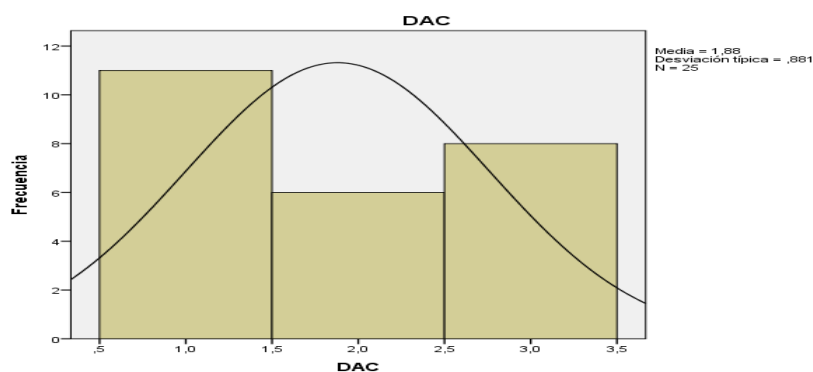


Gráfico N°32. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVO

Tabla N° 33: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	9	36,0	36,0	36,0
	DIU	2	8,0	8,0	44,0
	Preservativo	4	16,0	16,0	60,0
	Píldora	4	16,0	16,0	76,0
	Ampolla Trimestral	4	16,0	16,0	92,0
	Ampolla Mensual	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con antecedente de uso de métodos anticonceptivos; son en mayor porcentaje, ningunos 36%, y en menor porcentaje DIU, Ampolla Mensual 8%.

Tabla N°34: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	5	20,0	20,0	20,0
	DIU	2	8,0	8,0	28,0
	Preservativo	6	24,0	24,0	52,0
	Píldora	0	0,0	0,0	0,0
	Ampolla Trimestral	8	32,0	32,0	84,0
	Ampolla Mensual	4	16,0	16,0	100,0
	Ritmo	0	0,0	0,0	100,0
	Bloqueo Tubo Ovárico	0	0,0	0,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes con antecedente de uso de métodos anticonceptivos; son en mayor porcentaje, ningunos 40%, y en menor porcentaje Ritmo y Bloqueo tubo Ovárico 8%.

Gráfico N° 33. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

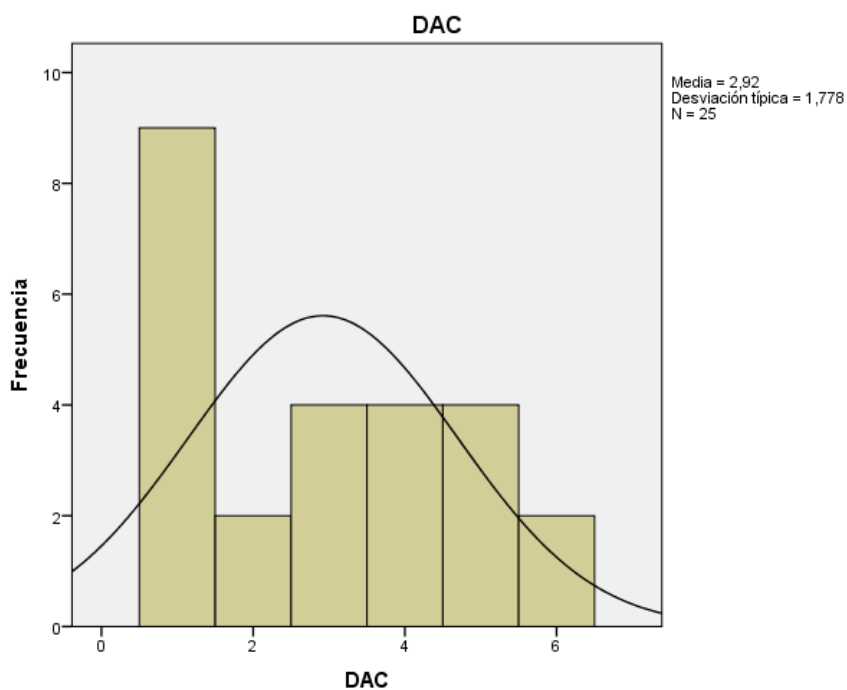
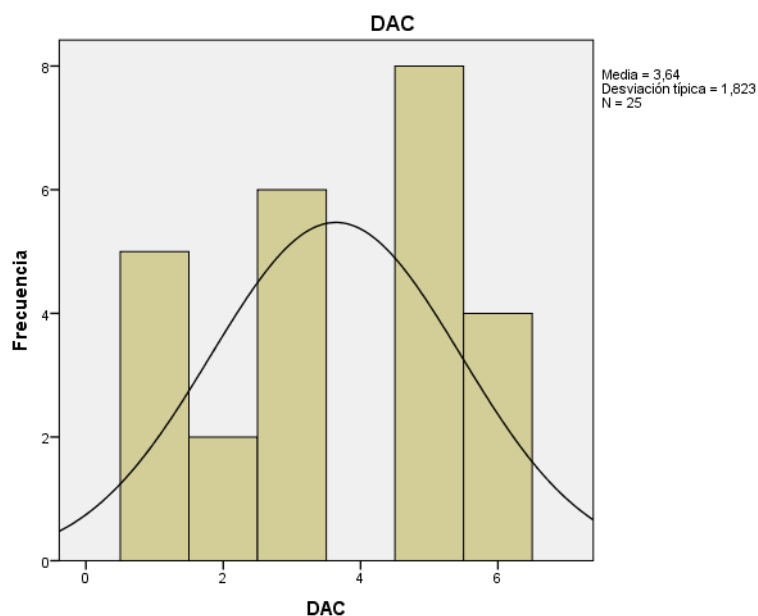


Gráfico N°34. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACIÓN POR ANTECEDENTE DE INFECCION POR PAPILOMA VIRUS

Tabla N°35: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	0	0,0	0,0	0,0
	No	25	100,0	100,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con antecedente de infección por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 100%.

Tabla N°36: Frecuencias de Control en el Hospital San Juan de Lurigancho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	24	96,0	96,0	96,0
	NO	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Control, las pacientes con antecedente de infección por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 96%, y en menor porcentaje positivos 4%.

Gráfico N° 35. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

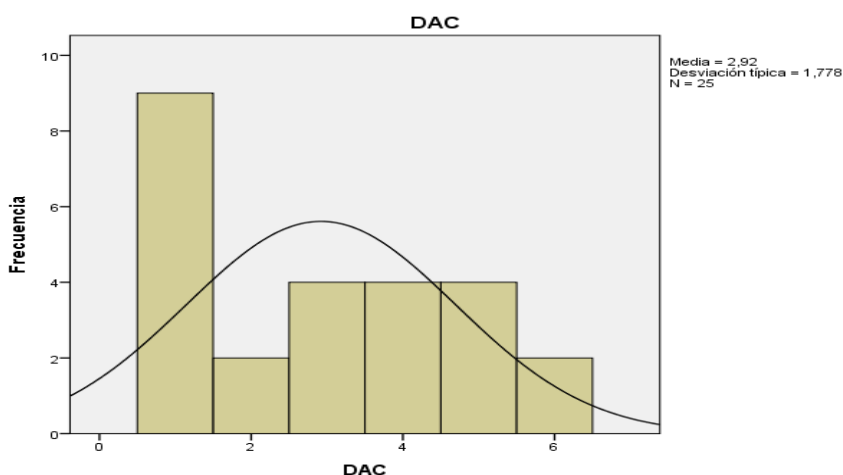
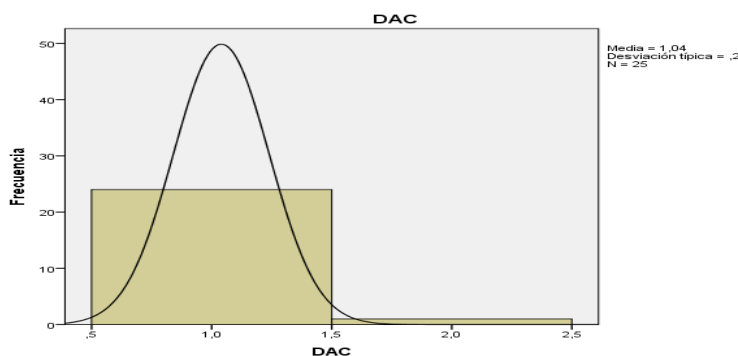


Gráfico N° 36. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



COMPARACION POR EL TRATAMIENTO DEL ANTECEDENTE DE INFECCION POR PAPILOMA VIRUS

Tabla N° 37: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	5	20,0	20,0	20,0
	No	20	80,0	80,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con tratamiento de infección por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 80%, y en menor porcentaje positivos 20%.

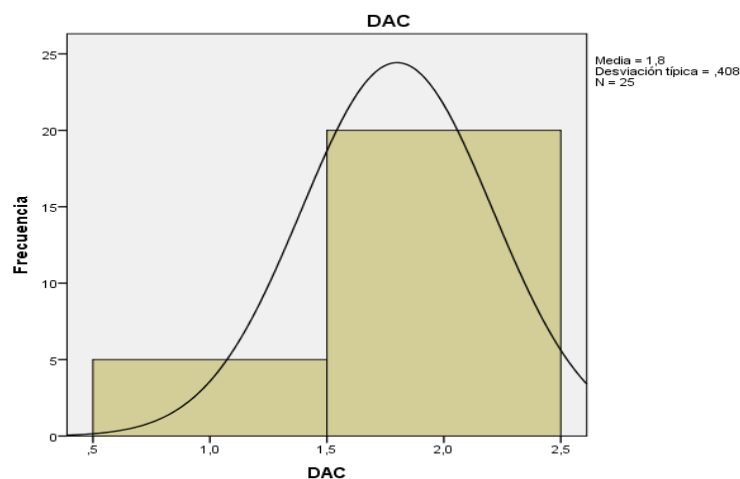
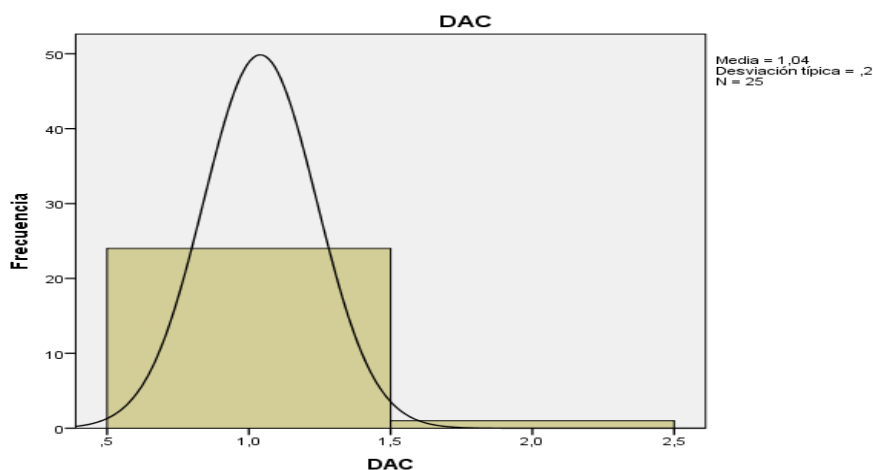
Tabla N°38: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	1	4,0	96,0	96,0
	No	24	96,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Control, las pacientes con tratamiento de infección por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 96%, y en menor porcentaje positivos 4%.

Gráfico N° 37. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control**Gráfico N° 38. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control**

COMPARACION POR ANTECEDENTE DE CONDILOMATOSIS GENITAL

Tabla N° 39: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	4	16,0	16,0	16,0
	No	21	84,0	84,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con antecedente de condilomatosis genital por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 84%, y en menor porcentaje positivos 16%.

Tabla N°40: Frecuencias de Controles en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	1	4,0	4,0	4,0
	No	24	96,0	96,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Control, las pacientes con antecedente de condilomatosis genital por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 96%, y en menor porcentaje positivos 4%.

Gráfico N° 39. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso

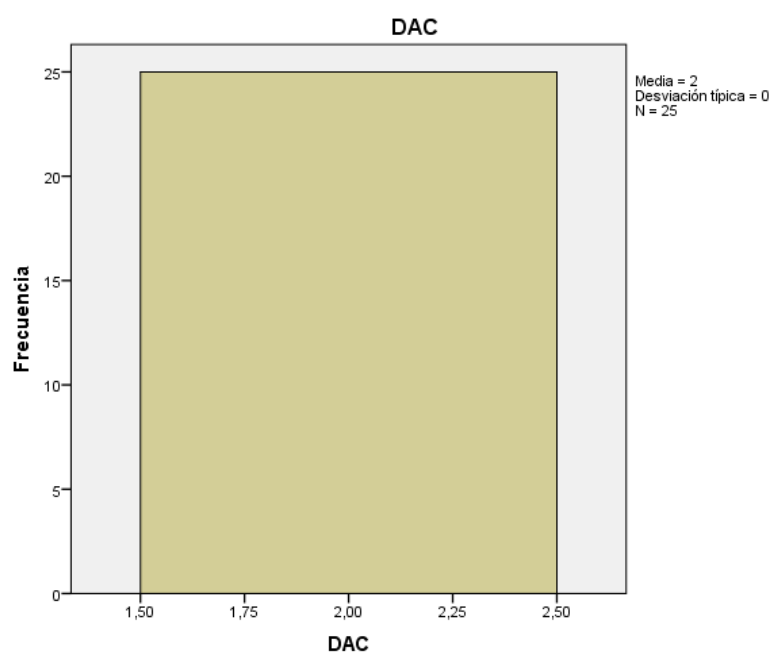
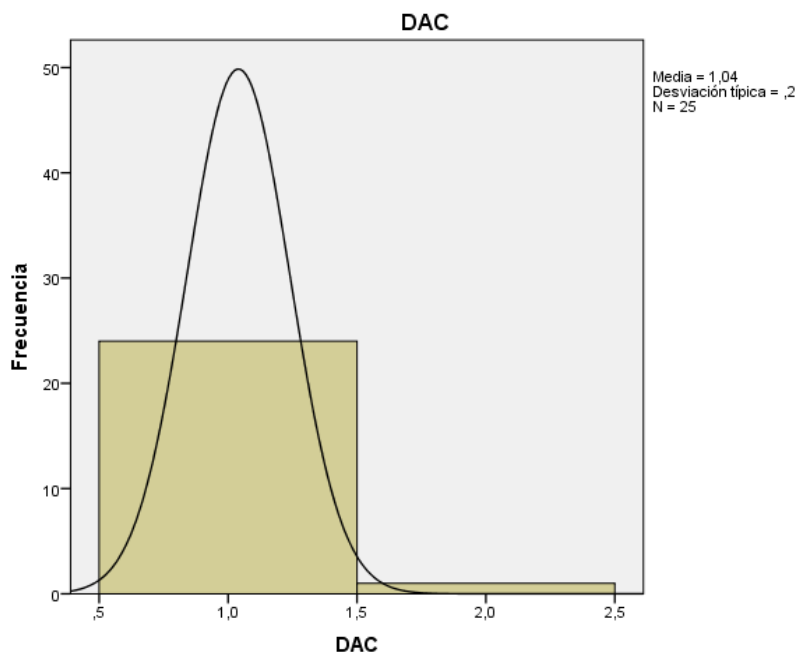


Gráfico N°40. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión.



COMPARACION POR ANTECEDENTE DE HERPES GENITAL

Tabla N° 41: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	0	0,0	0,0	0,0
	No	25	100,0	100,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Casos, las pacientes con antecedente de herpes genital por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 100%.

Tabla N°42: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	25	100,0	100,0	100,0
	No	0	0,0	0,0	0,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Control, las pacientes con antecedente de herpes genital por papiloma virus; son en mayor porcentaje, ningunos 100%.

Gráfico N° 41. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso.

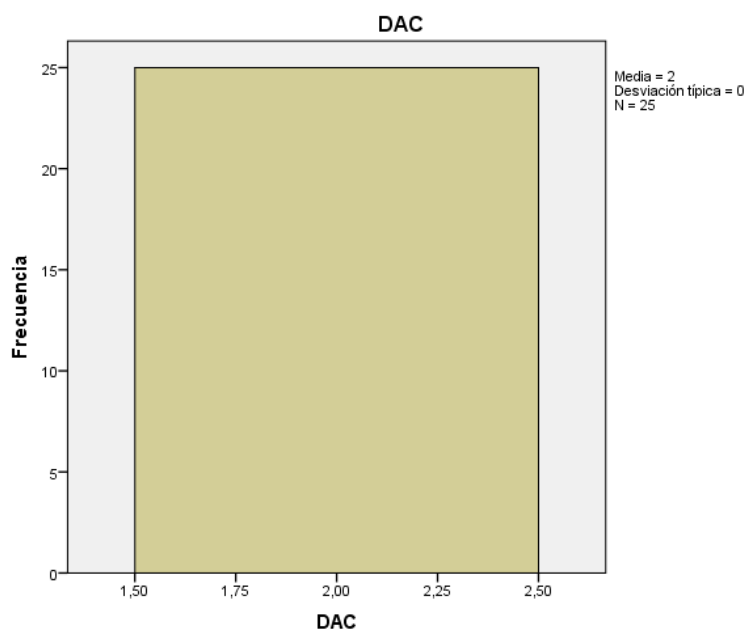
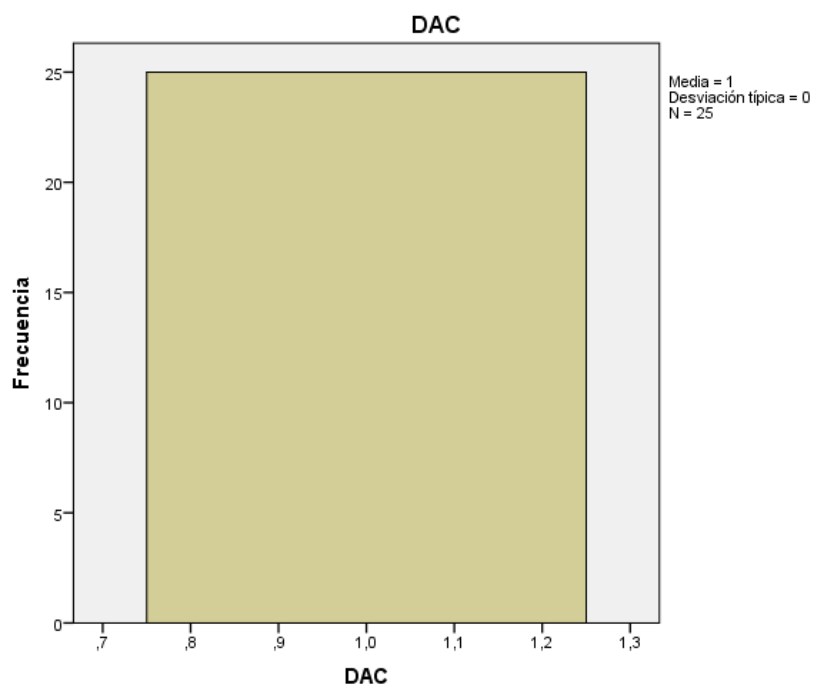


Gráfico N°42. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Control



Manifestaciones Clínicas

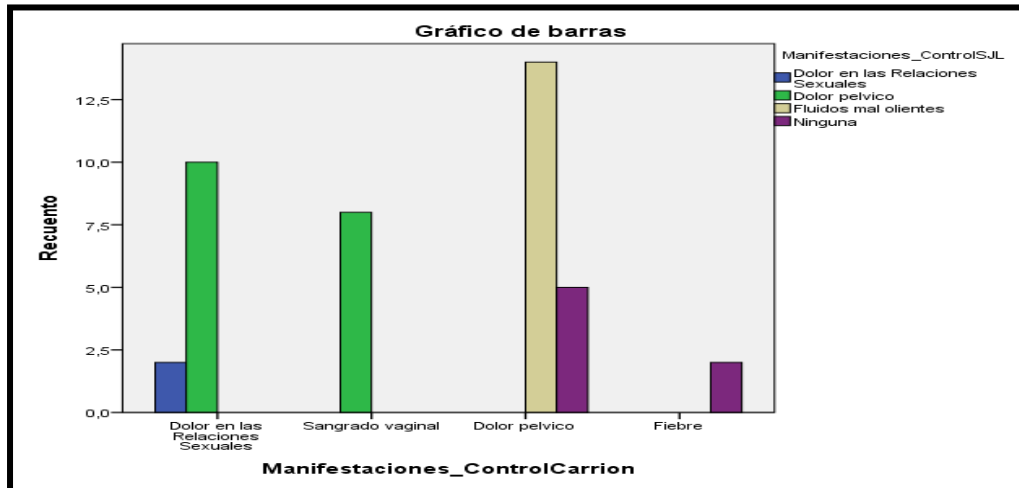
Tabla 43. Comparación de Caso Control: Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	267,556 ^a	30	,000
Razón de verosimilitud	186,163	30	,000
Asociación lineal por lineal	61,221	1	,000
Prueba de McNemar- Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	64		

- a. 40 casillas (95,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.
- b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Grafico 43:



Manifestaciones clínicas, Hospital Daniel Alcides Carrión Para el factor, Manifestaciones Clínicas, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC), y el Hospital San Juan de Lurigancho (HSJL), la prueba chi cuadrado fue de 52.669 ($p < 0.05$), es decir, el factor presenta un nivel de influencia media.

COMPARACION ENTRE PACIENTES CON BIOPSIA POSITIVA DE DISPLASIA (TIPOS DE PAPILOMA VIRUS POSITIVO-ENCONTRADOS) (Pacientes Caso).

Tabla N° 44: Frecuencias de Casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión

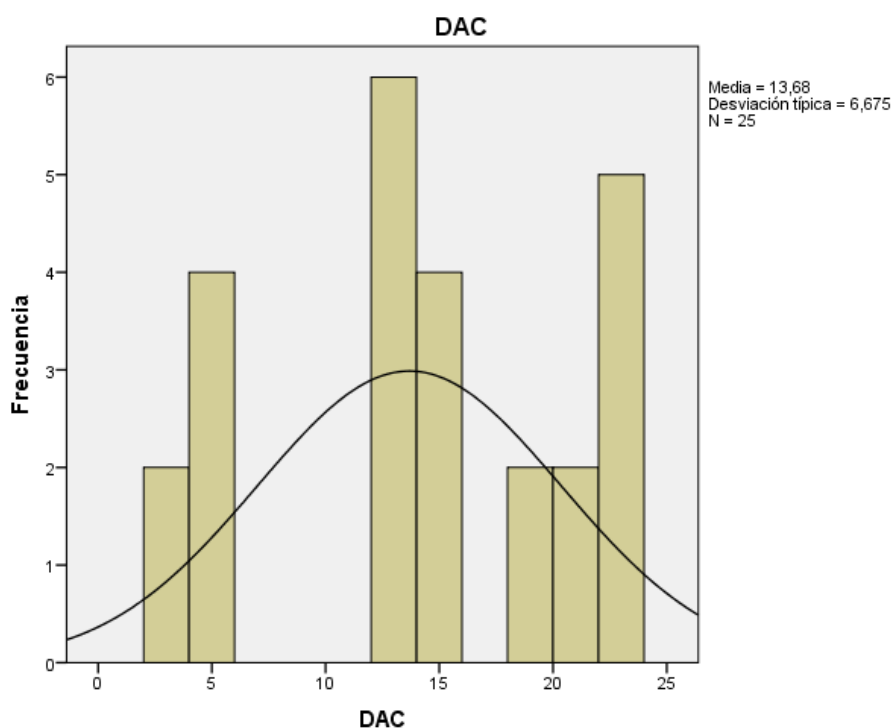
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	31	2	8,0	8,0	8,0
	31, 39 y 59	2	8,0	8,0	16,0
	31 y 39	2	8,0	8,0	24,0
	39	0	0,0	0,0	0,0
	51	0	0,0	0,0	0,0
	52	4	16,0	16,0	40,0
	52 y 58	2	8,0	8,0	48,0
	56	4	16,0	16,0	64,0
	16 y 58	0	0,0	0,0	0,0
	16, 39 y 66	0	0,0	0,0	0,0
	58	2	8,0	8,0	72,0
	66 y 68	0	0,0	0,0	0,0
	68	2	8,0	8,0	80,0
	Negativo	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa que en el Grupo de Casos, las pacientes con biopsia positiva son en mayor porcentaje el 80% , los tipos de papiloma virus hallados son 31, 39, 59,52,56,58 y 68 que pertenecen a los 14 genotipos de alto riesgo estudiados y en menor porcentaje 20% es negativo.

Gráfico N° 44. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión. Caso



COMPARACION PACIENTES CON RESULTADO NEGATIVO DE PAPANICOLAO QUE OBTUVIERON RESULTADO POSITIVO DE PAPILOMA VIRUS ALTO RIESGO,(pacientes control)

Tabla N°45: Frecuencias de Control en el Hospital Daniel Alcides Carrión

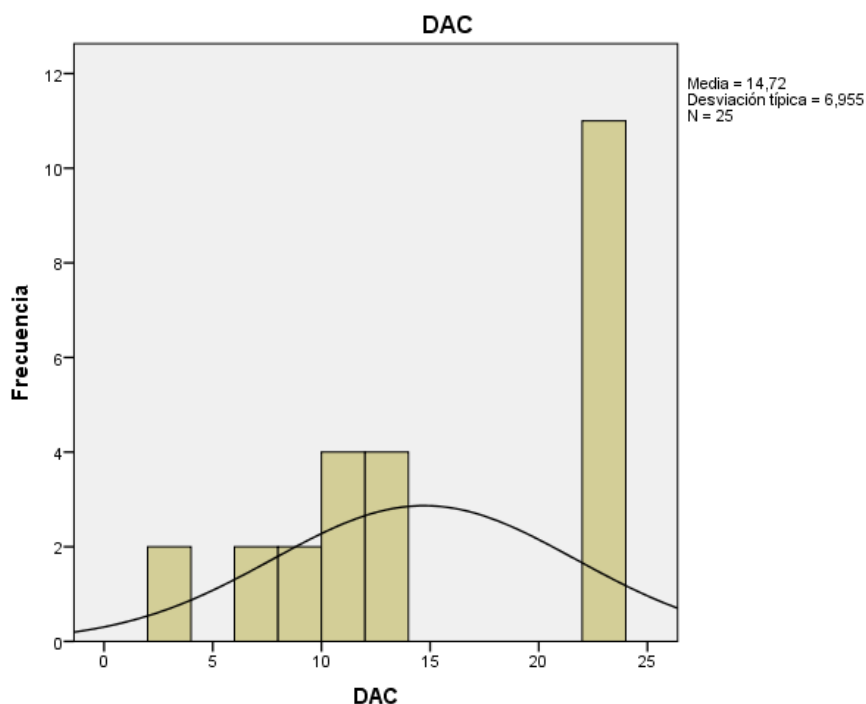
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	31	2	8,0	8,0	8,0
	16 y 31	0	0,0	0,0	0,0
	33 y 52	2	8,0	8,0	16,0
	39	2	8,0	8,0	24,0
	45	4	16,0	16,0	40,0
	52	4	16,0	16,0	56,0
	39 y 56	0	0,0	0,0	0,0
	59	0	0,0	0,0	0,0
	Negativo	11	44,0	44,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de información

Elaboración: Propia del autor

Se observa en el Grupo de Controles, las pacientes con Papanicolaou negativo; presentaron en mayor porcentaje 56% los tipos de papiloma virus 31, 33, 52, 39,45 y 52, de los 14 genotipos estudiados de alto riesgo, y en menor porcentaje 44% negativo.

Gráfico N° 45. Estadísticos correspondientes a la distribución de la Población estudiada del Hospital Daniel Alcides Carrión.



4.2. Contraste de Hipótesis

4.1.1. Contraste de la hipótesis general

H₀: En el Grupo de Casos la asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los Tipos de Papiloma Virus y Factores de Riesgo no es mayor que en el Grupo de Controles.

H_a: En el Grupo de Casos la asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los Tipos de Papiloma Virus y Factores de Riesgo es mayor que en el Grupo de Controles.

Tabla 01 *Contraste de la hipótesis general*

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	67,042 ^a	24	,000
Razón de verosimilitud	32,767	24	,109
Asociación lineal por lineal	20,842	1	,000
N de casos válidos	23		

a. 34 casillas (97,1%) han esperado un recuento menor que 5. El

b. recuento mínimo esperado es ,04.

Se halló un valor $p= 0.000 < 0.05$, por lo tanto se acepta que en el Grupo de Casos la asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores de riesgo demográfico, reproductivo y sexual y la tipificación del virus, es mayor que en el grupo de control.

4.1.2. Contraste de la hipótesis específica 1

H₀: En el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores Socio demográficos no es mayor que en el Grupo de Controles.

H_a: En el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores Socio demográficos es mayor que en el Grupo de Controles.

Tabla 2 *Contraste de la hipótesis específica 1*

Resumen del modelo									
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios				
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F
1	,876 ^a	,768	,764	,85175	,768	205,105	1	62	,000

a. Predictores: (Constante),

FACTORES_RIESGO_REPRODUCTIVOS_Y_SEXUALES_ICASOS

Se halló un valor $p= 0.000 < 0.05$, por lo tanto se acepta que en el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores Socio demográficos es mayor que en el Grupo de Controles.

4.1.3. Contraste de la hipótesis específica 2

H₀: En el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores de riesgos Reproductivos y Sexuales si están asociados no es mayor que el Grupo de Controles.

H_a: En el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores de riesgos Reproductivos y Sexuales si están asociados y es mayor que el Grupo de Controles.

Tabla 03 *Contraste de la hipótesis específica 2*

Resumen del modelo									
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios				
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F
1	,876 ^a	,768	,764	,85175	,768	205,105	1	62	,000

a. Predictores: (Constante),

FACTORES_RIESGO_REPRODUCTIVOS_Y_SEXUALES_ICASOS

Se halló un valor $p= 0.000 < 0.05$, por lo tanto se acepta que en el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores de riesgos Reproductivos y Sexuales si están asociados, y es mayor que el Grupo de Controles.

4.1.4. Contraste de la hipótesis específica 3

H₀: En el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con la tipificación de los catorce tipos de Papiloma Virus no es mayor que el Grupo de Controles.

H_a: En el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con la tipificación de los catorce tipos de Papiloma Virus es mayor que el Grupo de Controles.

Tabla 4 *Contraste de la hipótesis específica 3*

			CASOS LURIGANC HO Y CARRIÓN	CONTROL LURIGANC HO Y CARRIÓN
Rho de Spearman	Tipificación 14 Genotipos, Alto Riesgo	Coeficiente de correlación	,626**	,738**
		Sig. (bilateral)	,001	,000
		N	23	23

Se halló un valor $p= 0.000 < 0.05$, por lo tanto se acepta que en el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérnix con la tipificación de los catorce tipos de Papiloma Virus es mayor que el Grupo de Controles.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Descriptivos:

En esta parte se analizan, los factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales de cérvix, se emplea la regresión logística para establecer como las características de los factores socio demográficos y los factores de riesgo reproductivo y sexuales se asocian a los diferentes tipos de papilomavirus, asociándolos a niveles de bajo y alto riesgo, estableciendo OR, con sus intervalos de confianza (IC) al 95%, empleando el software estadístico SPSS versión 22, considerando un nivel de significación de 0.05.

Resultados

Se utilizaran los grados de Probabilidad como medida para conocer de cuanto mayores (o menores) son los grados de probabilidad que las personas poseen un factor de riesgo como razón de probabilidad de éxito y probabilidad de fracaso. Para ello se establecen dos variables dicotómicas clasificadas de manera cruzada con valores codificados con 1 y 0. La razón de probabilidad (si pasa o no por 1), es igual a $\exp. (\beta)$. (Daniel, 2002, pp. 546-547). Según los Datos generales de factores socio demográficos, de factores de riesgos reproductivos y sexuales y la tipificación con los 14 Tipos de Papiloma Virus, se discuten los resultados de las hipótesis específicas de caso control.

Hipotesis Especifica 1 - Factores Socio Demográficos:

Lugar de Residencia

Para la evaluación de los factores, se ha utilizado, el estadístico Chi Cuadrado (X^2), que permite indicar la posibilidad de la relación entre los factores de riesgo con con los tipos de papilloma virus.

Tabla 1. Factor Socio Demográfico, Lugar de Residencia: Comparación de Casos : Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC)

Tabla Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	25,000 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	34,296	2	,000
Asociación lineal por lineal	19,847	1	,000
Prueba de McNemar- Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,20.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor Demográfico, Lugar de Residencia, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión (HDAC), aplicando la prueba estadística chi cuadrado fue de 25.0 ($p < 0.05$), es decir, el lugar de residencia presenta un nivel de riesgo de poca influencia.

Tabla 2. Factor Socio Demográfico, Lugar de Residencia: Comparación de Controles (HSJL- HDAC).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significaci ón exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2,679 ^a	1	,102		
Corrección de continuidad ^b	1,034	1	,309		
Razón de verosimilitud	3,798	1	,051		
Prueba exacta de Fisher				,230	,158
Asociación lineal por lineal	2,571	1	,109		
Prueba de McNemar				,001 ^c	
N de casos válidos	25				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,32.

- b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2
- c. Distribución binomial utilizada.

Para el factor Demográfico, lugar de Residencia, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión (HDAC) y el Hospital San Juan de Lurigancho la prueba estadística chi cuadrado fue de 2.679 ($p > 0.05$), considerando por ello, que el lugar de residencia, en ambos Hospitales, es de poca influencia .

Social: Índice de Hacinamiento

Tabla 3: Factor social Índice de Hacinamiento: Comparación de Caso Control : Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	19,219 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	15,450	4	,004
Asociación lineal por lineal	9,565	1	,002
Prueba de McNemar-Bowker	8,000	2	,018
N de casos válidos	25		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,08.

En lo referente al factor Social, Índice de hacinamiento, la Comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la prueba estadística chi cuadrado fue de 19.219 ($p < 0.05$), y esto significa que el factor social, Índice de hacinamiento, también es de poca influencia

Tabla 4: Factor social Índice de Hacinamiento: Comparación de Caso Control: Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson ^a	20,222	4	,000
Razón de verosimilitud	21,652	4	,000
Asociación lineal por lineal	12,904	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	7,000	2	,030
N de casos válidos	25		

a. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.

Para el factor Social, Índice de hacinamiento, aplicando la comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión (HDAC), la prueba estadística chi cuadrado fue de 20.222 ($p < 0.05$), es decir, el factor social índice de hacinamiento, presenta un riesgo de poca influencia.

Tabla H

Tabla 5. Comparación de Controles (HSJL- HDAC)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	16,250 ^a	4	,003
Razón de verosimilitud	18,670	4	,001
Asociación lineal por lineal	11,234	1	,001
Prueba de McNemar-Bowker	8,000	2	,018
N de casos válidos	25		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Para el Factor social Índice de Hacinamiento, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión (HDAC) y el Hospital San Juan de

Lurigancho la prueba estadística chi cuadrado fue de 16.250 ($p > 0.05$), considerando por ello, que Índice de Hacinamiento, en ambos Hospitales, es de poca influencia

Hipotesis Especifica 2: Factores Reproductivos y Sexuales.

Tabla 05. Comparación de Caso Control: Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	86,111 ^a	24	,000
Razón de verosimilitud	63,572	24	,000
Asociación lineal por lineal	21,299	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 35 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor reproductivo y sexuales, según grupos etáreos, en la comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la chi cuadrado fue de 86.11, ($p < 0.05$), es decir, el factor reproductivo, según grupos etáreos, presenta un nivel de riesgo de alta influencia.

Tabla 06. Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales: Según grupos etéreos.
Comparación de Caso Control: Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	81,250 ^a	36	,000
Razón de verosimilitud	69,394	36	,001
Asociación lineal por lineal	18,668	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

Para el factor reproductivo, según grupos etéreos, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC), la prueba chi cuadrado fue de 81.250 ($p < 0.05$), factor que presenta un nivel de riesgo de alta influencia.

Tabla 07. Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales: Según grupos etéreos.

Comparación de Caso Control: (HSJL- HDAC)
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	73,646 ^a	24	,000
Razón de verosimilitud	61,166	24	,000
Asociación lineal por lineal	20,432	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

- a. 35 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,08.
 b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor reproductivo, según grupos etéreos, la comparación del Control, del Hospital Daniel Alcides Carrión (HDAC) y el Hospital San Juan de

Lurigancho(HSJL), la prueba estadística chi cuadrado fue de 73.646 ($p < 0.05$), es decir, el factor reproductivo, según grupos étnicos, presenta un alto nivel de riesgo de alta influencia.

Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales: según Grado de Instrucción

Tabla 08. Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales: según Grado de Instrucción. Comparación de Caso Control: Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL).

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	72,546 ^a	24	,000
Razón de verosimilitud	57,119	24	,000
Asociación lineal por lineal	20,345	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

Para el factor reproductivo, según grado de instrucción, la Comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la chi cuadrado fue de 72.546 ($p < 0.05$), es decir, el factor reproductivo, según grado de instrucción, presenta un nivel de riesgo alta influencia.

Tabla 09. Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales: según Grado de Instrucción. Comparación de Caso Control: Hospital Daniel Alcides Carrión (HDAC).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	138,333 ^a	42	,000
Razón de verosimilitud	85,579	42	,000
Asociación lineal por lineal	23,294	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 56 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor reproductivo, según grado de instrucción, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión (HDAC), la chi cuadrado fue de 138. 333 ($p < 0.05$), es decir, el factor reproductivo, según grado de instrucción, presenta un nivel de riesgo de alta influencia.

Tabla 10. Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales: según Grado de Instrucción. Comparación de Controles (HSJL- HDAC)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	87,804 ^a	24	,000
Razón de verosimilitud	60,960	24	,000
Asociación lineal por lineal	21,096	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

- a. 35 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.
- b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor reproductivo, según grado de instrucción, la Comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la chi cuadrado fue de 87.804 ($p < 0.05$), es decir, el factor reproductivo, según grado de instrucción, **presenta un nivel de influencia alto.**

Estado Civil

Tabla 11. Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales: según Estado Civil.

Comparación de Caso Control: Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	29,046 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	34,640	6	,000
Asociación lineal por lineal	18,302	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

- a. 12 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,72.
- b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor reproductivo, según el estado civil, la Comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la chi cuadrado fue de 29.046 ($p < 0.05$), es decir, el factor reproductivo, según el estado civil, **presenta un riesgo de mediana influencia.**

Tabla 12. Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales: según Estado Civil.**Comparación de Caso Control: Hospital Daniel Alcides Carrión (HDAC).****Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	40,625 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	43,565	6	,000
Asociación lineal por lineal	19,125	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 12 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,72.

b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor reproductivo, según el estado civil, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC) la chi cuadrado fue de 40.625 ($p < 0.05$), es decir, el factor reproductivo, según el estado civil, presenta un riesgo de mediana influencia.

Número de gestaciones**Tabla 13. Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales: según Número de gestaciones. Comparación de Caso Control: Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL).****Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	50,000 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	50,666	8	,000
Asociación lineal por lineal	19,749	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 15 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,32.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor reproductivo, según el número de gestaciones, la Comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la prueba chi cuadrado fue de 50.00 ($p < 0.05$), es decir, el factor presenta un nivel de riesgo de mediana influencia.

Tabla 14. Comparación de Caso Control: Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	72,049 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	63,169	12	,000
Asociación lineal por lineal	22,573	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 20 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,32.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

Para el Factor de Riesgo Reproductivo y Sexuales: según el Número de gestaciones, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC), la prueba chi cuadrado fue de 72.049 ($p < 0.05$), es decir, el factor presenta un nivel de riesgo de alta influencia.

Tabla 15. Comparación de Controles (HSJL- HDAC)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	45,679 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	44,387	6	,000
Asociación lineal por lineal	20,514	1	,000
Prueba de McNemar- Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 12 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,64.

b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor reproductivo, según número de gestaciones, la Comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), y el Hospital Daniel Alcides Carrión, la prueba chi cuadrado fue de 45.679 ($p < 0.05$), es decir, el factor presenta un riesgo de mediana influencia.

Número de Abortos:

Tabla 16. Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales, según el Número de abortos. Comparación de Caso Control: Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13,281 ^a	2	,001
Razón de verosimilitud	14,435	2	,001
Asociación lineal por lineal	12,398	1	,000
Prueba de McNemar- Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.

b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor reproductivo, según número de abortos, la Comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la prueba chi cuadrado fue de 13.281 ($p<0.05$), es decir, este factor reproductivo presenta un riesgo de baja influencia.

Tabla 17. Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales: según el Número de abortos. Comparación de Caso Control: Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	21,150 ^a	6	,002
Razón de verosimilitud	28,285	6	,000
Asociación lineal por lineal	15,325	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 11 casillas (91,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,24. b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor reproductivo, según número de abortos, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC) la prueba chi cuadrado fue de 21.150 ($p<0.05$), es decir, el factor presenta un riesgo de baja influencia.

Tabla 18 Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales: según Número de abortos. Comparación de Controles (HSJL- HDAC).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	20,174 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	27,023	4	,000
Asociación lineal por lineal	16,456	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	10,000	2	,007
N de casos válidos	25		

a. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,48.

Para el factor reproductivo, según número de abortos, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC) y el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la prueba chi cuadrado fue de 20.174 ($p < 0.05$), es decir, el factor presenta un nivel de riesgo de baja influencia.

Uso de Métodos Anticonceptivos:

Tabla 19. Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales: según Uso de Métodos Anticonceptivos.. Comparación de Caso Control: Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	48,146 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	47,743	12	,000
Asociación lineal por lineal	21,963	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 19 casillas (95,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor reproductivo, según Uso de métodos anticonceptivos, la comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la prueba chi cuadrado fue de 48.146 ($p < 0.05$), es decir, el factor presenta un riesgo de mediana influencia.

Tabla 20. Factor de Riesgo Reproductivos y Sexuales: según Uso de métodos anticonceptivos Comparación de Caso Control: Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	67,708 ^a	20	,000
Razón de verosimilitud	58,304	20	,000
Asociación lineal por lineal	19,145	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 30 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor reproductivo, según Uso de métodos anticonceptivos, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC) la prueba chi cuadrado fue de 67.708 ($p < 0.05$), es decir, el factor presenta un riesgo de alta influencia.

Tabla 21. Factores reproductivos y sexuales, Uso de métodos anticonceptivos Comparación de Controles (HSJL- HDAC)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	40,521 ^a	16	,001
Razón de verosimilitud	42,241	16	,000
Asociación lineal por lineal	15,758	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	^b
N de casos válidos	25		

a. 25 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5.

El recuento mínimo esperado es ,16.

b. Ambas variables deben tener valores idénticos de categorías.

Para el factor reproductivo, según Uso de métodos anticonceptivos, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC) y el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la prueba chi cuadrado fue de 40.521 ($p < 0.05$), es decir, el factor reproductivo, según uso de métodos anticonceptivos presenta un riesgo de mediana influencia.

Antecedentes Reproductivos: Menarquía

Tabla 22. Según antecedentes reproductivos, Menarquía. Comparación de Caso Control: Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	25,000 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	31,343	2	,000
Asociación lineal por lineal	20,400	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	^b
N de casos válidos	25		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5.

El recuento mínimo esperado es ,64.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

Para Antecedentes Reproductivos: Menarquía, la Comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la prueba chi cuadrado fue de 25.0 ($p<0.05$), es decir, este factor presenta un riesgo de baja influencia.

Tabla 23. Comparación de Antecedentes Reproductivos: Menarquía, de Caso Control: Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	17,778 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	21,870	2	,000
Asociación lineal por lineal	14,654	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,80.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

Para Antecedentes Reproductivos: Menarquía, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC) la prueba chi cuadrado fue de 17.778 ($p<0.05$), es decir, el factor presenta un riesgo de baja influencia.

Tabla 24. Comparación de Antecedentes Reproductivos: Menarquía Controles (HSJL- HDAC).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,843 ^a	2	,020
Razón de verosimilitud	10,616	2	,005
Asociación lineal por lineal	6,400	1	,011
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

- a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,80.
- b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Para Antecedentes Reproductivos: Menarquía, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC) y el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la prueba chi cuadrado fue de 7.843 ($p<0.05$), es decir, el factor presenta un riesgo de baja influencia.

Edad de Inicio de Relaciones Sexuales

Tabla 25. Factor, Edad de inicio de Relaciones Sexuales. Comparación de Caso Control: Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	61,184 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	35,192	12	,000
Asociación lineal por lineal	15,849	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

- a. 18 casillas (90,0%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,16.
- b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor Edad de inicio de Relaciones Sexuales, la Comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la prueba chi cuadrado fue de 61.184 ($p<0.05$), es decir, este factor presenta un riesgo de alta influencia.

Tabla 26. Factor, Edad de inicio de Relaciones Sexuales. Comparación de Caso Control: Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	39,904 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	38,803	8	,000
Asociación lineal por lineal	18,941	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 15 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,32.

b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor Edad de inicio de Relaciones Sexuales, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC), la prueba chi cuadrado fue de 39.904 ($p < 0.05$), es decir, el factor presenta un riesgo de mediana influencia.

Tabla 27. Factor, Edad de inicio de Relaciones Sexuales. Comparación de Controles (HSJL- HDAC).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	17,949 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	22,488	2	,000
Asociación lineal por lineal	14,423	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,60.

b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor, Edad, inicio de Relaciones Sexuales, la Comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), y el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC), la prueba chi cuadrado fue de 17.949 ($p < 0.05$), es decir, este factor presenta un riesgo de baja influencia.

Número de Parejas Sexuales

Tabla 28 Factor número de Parejas Sexuales. Comparación de Caso Control: Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	18,750 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	24,653	4	,000
Asociación lineal por lineal	13,333	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 9 casillas (90,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,80.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor, Número de Parejas Sexuales, la Comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la prueba chi cuadrado fue de 18.750 ($p < 0.05$), es decir, este factor presenta un riesgo de baja influencia.

Tabla 29. Factor número de Parejas Sexuales. Comparación de Caso Control: Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	17,949 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	22,488	2	,000
Asociación lineal por lineal	14,423	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,60.

b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor, Número de Parejas Sexuales, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC), la prueba chi cuadrado fue de 17.949, ($p < 0.05$), es decir, el factor presenta un riesgo de baja influencia.

Tabla 30. Comparación de Controles (HSJL- HDAC)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	18,750 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	24,653	4	,000
Asociación lineal por lineal	13,333	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	25		

a. 9 casillas (90,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,80.

b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Manifestaciones Clínicas

Para el factor, Número de Parejas Sexuales, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC), y el Hospital San Juan de Lurigancho (HSJL) la prueba chi cuadrado fue de 18.750 ($p<0.05$), es decir, este factor presenta un riesgo de baja influencia.

Tabla 31. Factor Manifestaciones Clínicas. Comparación de Caso Control: Hospital San Juan de Lurigancho (HSJL).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	52,669 ^a	9	,000
Razón de verosimilitud	63,836	9	,000
Asociación lineal por lineal	32,819	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	41		

a. 13 casillas (81,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

b. Ambas variables deben tener valores idénticos de categorías.

Para el factor, Manifestaciones Clínicas, la Comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la prueba chi cuadrado fue de 52.669 ($p<0.05$), es decir, el factor presenta un riesgo de mediana influencia, por dolor pélvico, dolor en las relaciones sexuales y fluído mal oliente.

Tabla 32. Factor Manifestaciones Clínicas. Comparación de Caso Control: Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	67,56 ^a	30	,000
Razón de verosimilitud	86,163	30	,000
Asociación lineal por lineal	31,221	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	64		

a. 40 casillas (95,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Para el factor, Manifestaciones Clínicas, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC), la prueba chi cuadrado fue de 67.55($p < 0.05$), es decir, el factor presenta un riesgo de alta influencia.

Tabla 33. Factor Manifestaciones Clínicas. Comparación de Controles (HSJL-HDAC).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	52,669 ^a	9	,000
Razón de verosimilitud	63,836	9	,000
Asociación lineal por lineal	32,819	1	,000
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	41		

b. Ambas variables deben tener valores idénticos de categorías.

El factor, Manifestaciones Clínicas, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC), y el Hospital San Juan de Lurigancho

(HSJL) la prueba chi cuadrado fue de 52.669 ($p < 0.05$), es decir, el factor presenta un nivel de riesgo de mediana influencia.

3. Tipificación de los Tipos de Papiloma Virus

Tipificación del Virus

Para el factor, Tipificación del Virus, genotipos de alto riesgo, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión (HDAC) y el Hospital San Juan de Lurigancho (HSJL) la prueba chi cuadrado fue de 52.669 ($p < 0.05$), es decir, en ambos hospitales el factor riesgo es de mediana influencia, presentando mayor variación en los casos del Hospital Daniel Alcides Carrion ($F = 7.412$, $p = 0.005$) comparado el Hospital San Juan de Lurigancho ($F = 4.907$, $p = 0.022$).

Tabla 34. Tipificación de los Papilloma Virus

Variable dependiente: TIPIFICACION_14_GENOTIPOS_ALTO_RIESGO

Origen	Tipo II de suma de cuadrados	Gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Parámetro de normalidad	Potencia observada ^b
Modelo corregido	10745,608 ^a	6	1790,935	1134,315	,000	6805,889	1,000
Interceptación	1739,130	1	1739,130	1101,504	,000	1101,504	1,000
CASOS HSJ LURIGANCHO	15,495	2	7,747	4,907	,022	9,814	,723
CASOS HDA CARRION	23,405	2	11,702	7,412	,005	14,824	,888
Error	25,262	16	1,579				
Total	12510,000	23					
Total corregido	10770,870	22					

a. R al cuadrado = ,998 (R al cuadrado ajustada = ,997)

b. Se ha calculado utilizando $\alpha = .05$

Tipificación del Virus, según Caso y Control

En la Tabla 34, se muestran los Casos HSJL y Control HSJL, según tabulación cruzada, y se requiere estimar el Exp. (β), para la toma de decisión sobre la existencia o no de una asociación de los tipos de papilomavirus con los factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales de cérvix.

Tabla 35. Caso HSJL y Control HSJL tabulación cruzada

Recuento

		Control HSJL		Total
		Control HSJL +	CONTROL HSJL (-)	
Caso HSJL	Casos HSJL +	8	10	18
	Casos HSJL	15	17	32
Total		23	27	50

Se produce la estadística OR, que se muestra en la Tabla 35, tabla 2x2, muy utilizada en investigaciones epidemiológicas. El intervalo confianza (IC= .284 – 2.893), nos indica que pasa por 1, que se interpreta como que en este Hospital, no aumentan los grados de probabilidad de los factores de riesgo de contraer con los factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales de cérvix.

Tabla 36. Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds Ratio para Caso HSJL (Casos HSJL ₊ / Casos HSJL)	,907	,284	2,893
Para cohorte Control HSJL = Control HSJL +	,948	,503	1,789
Para cohorte Control HSJL = CONTROL HSJL (-)	1,046	,618	1,770
N de casos válidos	50		

En la tabla 36, aplicando la regresión multinomial, se obtiene un Exp. (β)= 0.907, que sustenta lo hallado con el OR.

Tabla 37. Estimación de parámetro

Caso HSJL ^a	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
Casos HSJL_+ Interceptación	-,531	,399	1,773	1	,183			
[Control HSJL=3]	-,098	,592	,027	1	,869	,907	,284	2,893
[Control HSJL=4]	0 ^b	.	.	0

a. La categoría de referencia es: Casos HSJL.

b. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.

En la Tabla 37, se muestran los Casos HDAC y Control HDAC, según tabulación cruzada, y se requiere estimar el Exp. (β), para la toma de decisión sobre la existencia o no de una asociación de los tipos de papilomavirus con los factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales de cérvix.

Tabla 38. Caso HDAC y Control HDAC tabulación cruzada

Recuento		Control HDAC		Total
		Control HDAC+	Control HDAC (-)	
Casos HDAC	Casos HSJL +	20	14	34
	Casos HSJL	5	11	16
Total		25	25	50

Aquí, en la Tabla 38, el intervalo confianza (IC= .893 – 11.064), nos indica que pasa por 1, que se interpreta como que en este Hospital, aumentan los grados de probabilidad de los factores de riesgo de contraer con los factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales de cérvix.

Tabla 39. Estimación del riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds Ratio para Casos HDAC (Casos HSJL_+ / Casos HSJL)	3,143	,893	11,064
Para cohorte Control HDAC = Control HDAC+	1,882	,863	4,103
Para cohorte Control HDAC = Control HDAC (-)	,599	,356	1,008
N de casos válidos	50		

En la tabla 39, aplicando la regresión multinomial, se obtiene un $\text{Exp. } (\beta) = 3.143$, que sustenta lo hallado con el OR. El intervalo confianza (IC= .893 – 11.064), nos indica que pasa por 1, que se interpreta que en el Hospital Daniel Alcides Carrión, aumentan los grados de probabilidad de los factores de riesgo de contraer con los factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales de cérvix.

Tabla 40 Estimaciones de parámetro HDAC

Casos HDAC ^a	B	Error estándar	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
Casos HSJL_+ Interceptación	,241	,403	,358	1	,549			
[Control HDAC=3]	1,145	,642	3,180	1	,075	3,143	,893	11,064
[Control HDAC=4]	0 ^b	.	.	0

a. La categoría de referencia es: Casos HSJL.

b. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.

En las investigaciones de (Sijvarger & cols, 2006), de Argentina, se hallaron entre otras características, una mayor prevalencia de mujeres con virus papiloma humano, en los HPV16, HPV18 y HPV 33/35; a su vez, en la investigación de Solis

y Colabs. (2010), de Chile, hubo aumentos significativos en la proporción de mujeres, con infección de VPH de alto riesgo.

Con referencia a las similitudes con los Factores socio demográficos (Caqui, 2018 del Cusco), se hallaron en la edad ($p= 0.002$), el estado civil ($p= 0.019$), el lugar de nacimiento ($p= 0.042$), el número de parejas sexuales ($p= 0.015$), y la motivación de la pareja ($p= 0.017$).

De igual manera en la investigación de Vitorino (2018), utilizando un método no experimental, de casos y controles, hallaron en los factores socio demográficos y sexuales, en la edad, primer embarazo antes de los 18 años en el 24.2% de los casos; el tener relaciones sexuales antes de los 18 años; y el tener más de tres parejas.

Aguilar (2004), en el Hospital del Seguro Social, en San Luis Potosí, halló los factores significativos en la menarquía temprana, el no uso de preservativos así como infecciones en genitales del varón. A su vez en la investigación de Santos (2001), halló que los tipos más comunes en las mujeres con cáncer del cuello uterino, fueron el VPH 16, 18, 31, 52 y 35. Y los dos tipos más comunes y fuertes del VPH son el 16 y el 18. Resultados similares se hallaron en Valderrama (2007), que detectaron los VPH 6, 11, 16 y 18.

En nuestra investigación, en lo que respecta a los Factores de riesgo reproductivos y Sexuales, los hallazgos, en los dos Hospitales, Daniel Alcides Carrión y Hospital San Juan de Lurigancho, se halló en la Edad, en los factores reproductivos y en el grado de instrucción, una alta influencia; según el estado civil mediana influencia, y en el índice de hacinamiento, poca influencia.

La investigación, presenta ciertas similitudes, con lo realizado por Sulcahuaman Allende et al (2015), titulado Características socio demográficas de mujeres

peruanas con virus papiloma humano detectado por PCR-RFLP, donde se consideran que el cáncer de cuello uterino (CCU) es la neoplasia más frecuente y mortal en la población femenina peruana, presentándose aproximadamente 4600 casos nuevos por año y provocando cerca de 1700 muertes al año. La infección persistente por los genotipos oncogénicos virus de papiloma humano (VPH) es un agente causal responsable del desarrollo del CCU. El ADN de VPH se encuentra presente hasta en 98% de los CCU invasivos (2,3).

Sulcahuaman Allende et al clasifica al VPH en más de 189 genotipos según la secuencia de su ADN y 40 de estos, que son capaces de infectar el cuello uterino, lo sub dividieron en genotipos de **Bajo riesgo (BR)** y son VPH - **6, 11, 13, 40, 42, 43, 44, 54, 59, 61, 70, 72, 81** y de **Alto riesgo (AR)** y son VPH - **16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58**) según su probabilidad de producir CCU (cáncer de cuello uterino) .

En nuestra investigación, comparado con lo realizado por Sulcahuaman-Allende et al , se trabajaba con genotipos de Alto Riesgo **31(2), 31,39 y 59(2), 31 y 39(2), 52 (4), 52 y 58 (2) , 56 (4), 58(2) y 68(2)** que suman **20 casos en el Hospital Daniel Alcides Carrión; y 10 casos en el Hospital San Juan de Lurigancho, que son el VHP 39 (1), 51(2), 52(1),16 y 58(2) y 16,39 y 66 (2), 66 y 68 (2) .**

Ya en Controles, el Hospital San Juan de Lurigancho, ha presentado casos en VHP, en 16 y 31 (2), 39 (2), 39 y 56 (2) y 59 (2) con un total de 8. En el Hospital Daniel Alcides Carrión, hacen un total de 14, y son 31(2), 33 y 52 (2) 39(2), 45(4) y 52(4).

VI. CONCLUSIONES

Conclusión General

Se halló un valor $p= 0.000 < 0.05$, por lo tanto se acepta que en el Grupo de Casos la asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores de riesgo demográfico, reproductivo y sexual y la tipificación del virus, es mayor que en el grupo de control.

Conclusión Específica 1

Se halló un valor $p= 0.000 < 0.05$, por lo tanto se acepta que en el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores Socio demográficos es mayor que en el Grupo de Controles.

Conclusión Específica 2

Se halló un valor $p= 0.000 < 0.05$, por lo tanto se acepta que en el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con los factores de riesgos Reproductivos y Sexuales es mayor que en el Grupo de Controles.

Conclusión Específica 3

Se halló un valor $p= 0.000 < 0.05$, por lo tanto se acepta que en el Grupo de Casos la Asociación de Lesiones Intraepiteliales de Cérvix con la tipificación de los catorce tipos de Papiloma Virus es mayor que el Grupo de Controles.

VII. RECOMENDACIONES:

Intra institucional:

1. Informar al Hospital San Juan de Lurigancho Lima y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao los resultados de la presente investigación, en relación a los Tipos de Papiloma Virus y Factores de Riesgo y Asociados a las Lesiones Intraepiteliales que en el futuro producen Cáncer de Cuello Uterino y es una causa de muerte para las mujeres en el Perú que puede ser prevenible, se han detectado en el Grupo de Controles con resultado de Papanicolaou Negativo; pero Positivo para Virus de Papiloma en el Hospital San Juan de Lurigancho, los genotipos números, 16 y 31 (2), 39 (2), 39 y 56 (2) y 59 (2) con un total de 8, pacientes. Por su parte en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, los genotipos números, 31(2), 33 y 52 (2) 39(2), 45(4) y 52(4), hacen un total de 14 pacientes, en las mismas condiciones por lo que se recomienda sacar la prueba de cobas en estos dos hospitales grandes de la capital ya que la prueba de Papanicolaou no garantiza que las pacientes no tengan el virus del papiloma, y se les brinde un tratamiento más acertado.

2. En el área Preventivo Promocional debe recomendar a las pacientes el prestar mucha atención, en el Factor de Riesgo Reproductivo y Sexuales, **Número de gestaciones**, la Comparación de Caso control para el Hospital Daniel Alcides Carrión(HDAC), la prueba chi cuadrado fue de 72.049 ($p < 0.05$), es decir, el factor presenta un nivel de riesgo de alta influencia.

Según número **uso de Métodos Anticonceptivos**, la comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la prueba chi cuadrado fue de 48.1por46 ($p < 0.05$), e.s decir, el factor presenta un riesgo de mediana influencia.

Según la Edad de Inicio de Relaciones Sexuales la Comparación de Caso control para el Hospital San Juan de Lurigancho(HSJL), la prueba chi cuadrado fue de 61.184 ($p < 0.05$), es decir, este factor presenta un riesgo de alta influencia.

Extrainstitucional

3. Después de Evaluar la Guía de Practica Técnica Clínica para la prevención y manejo del Cáncer de Cuello Uterino y la nueva Directiva Sanitaria N° 085-MINSA/2019/DGIESP "Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas; se observa que de acuerdo a estudios anteriores existían con mayor frecuencia los tipos de papiloma virus 16 y 18, y una de las medidas de prevención primaria según la norma técnica de salud N°141-2016 MINSA/DGIESP-V.04. que establece el Esquema Nacional de Vacunación, vigente o la que haga sus veces, la cual establece las indicaciones para la vacunación contra el VPH, con este estudio se demuestra que los genotipos hallados que son de alto riesgo para cáncer de cuello uterino no son 16 ni 18, de acuerdo al estudio comparativo el que tiene más alto riesgo es el Hospital Daniel Alcides Carrión no se encontró ninguno de los tipos 16 y 18 , pero si dentro de los que están considerados de alto riesgo para cáncer de cuello uterino 31,33,45,52,58, y para los que se hablaba de una vacuna nonavalente que hace años no estaba en el mercado pero que actualmente se puede adquirir y mejorar esta parte preventiva de salud, y que esperemos no se quede monopolizado en un solo laboratorio y sólo la prevención de dos tipos de papiloma que según el estudio existen otras mas de alto riesgo que producen la enfermedad; así como también ya hace años se hablaba de incluir al género masculino para una mejor prevención primaria en cuanto a la vacunación y que actualmente con la nueva directiva ha sido aprobado en incluido a varones para las zonas más lejanas del país, para la cual recomiendo que se haga extensiva a todo el país, utilizando la vacuna nonavalente el cual

debe incluirse como una vacuna de gran importancia y que gracias a ella se podrían disminuir y erradicar en el futuro la morbimortalidad por este tipo de cáncer. (Directiva Sanitaria n° 085- MINS-2019-DGIESP)

4. En cuanto a la prevención secundaria, y llegando a los lugares más alejados de la capital zonas poco accesibles geográfica y culturalmente, se podría tomar la prueba de cobas a todas las pacientes y dirigir mejor la prevención primaria de la Vacunación como medida preventiva, ya que muestran porcentajes altos de mortalidad porque y en una comunidad lejana sería lo más recomendable vacunar a todos los niños y niñas, incluyendo al género masculino como manda la nueva directiva.

5. El tamizaje debe incluir además del Papanicolau la prueba de detección del VPH desde los 30 años hasta los 49 años según (ASCO, 2016) (Sociedad Americana de Oncología Clínica) cada 5- 10 años

6. Evaluar que tipo de prueba para detección del VPH es más económica y más sensible y confiable que incluya a los 14 genotipos de alto riesgo.

VIII. REFERENCIAS

- Agüero Anna , B. (2012). Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres menores de 25 años y mayores de 45 años. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 72(2):89-102 Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV.
- Aguilar Palomino, Gabriela Raquel (2015). *Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cérvix en pacientes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. Facultad de Medicina Humana. Universidad Ricardo Palma.*
- Arbyn, M. (2018). Vacunación profiláctica contra virus del papiloma humano para prevenir el cáncer cervical y sus precursores Cochrane Database Syst . *Rev. May*
- ACOG, (2017). *Vacunación contra el virus del papiloma humano. Opinión del Comité No. 704. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Obstet Gynecol 2017; 129: e173–8.*
- ASCO. (2016). Guía de estratificación de recursos para la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino 12 de octubre de 2016.
- Burd EM. (2016). Pruebas de laboratorio del virus del papiloma humano: el paradigma cambiante. *Clin Microbiol . Rev.*2016 Apr;29 (2):291-319.
- Caqui Crisóstomo, Mademoisselle Andrea (2018). “*Factores Socioculturales asociados para acudir a la toma de muestra del Papanicolaou en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Noviembre 2017*”. *Universidad Privada Norbert Wiener Licenciada en Obstetricia.*
- Control integral del cáncer cervico uterino de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Guía para la práctica esencial,*, Segunda Edición,.
- Cortés Gutiérrez Elva, (2000). *Estudio de la Inestabilidad Cromosómica y de la Actividad Transcripcional (18s y 28s) en Pacientes con Cáncer Cervico uterino Revista de salud pública y nutrición Vol 1 No.2 Abril-Junio*
- Dawson, B., & Trapp, R. (2002). *Bioestadística médica. 3ª edición. Manual Moderno.* México.
- De San José Llongueras, Silvia y García G. , Ana. (2006). *Virus del Papiloma Humano y Cáncer: Epidemiología y Prevención 4a Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Sociedad Española de Epidemiología Edita: EMISA Impresión: Gráficas Enar, S.A. Depósito Legal: M-37796-2006 ISBN: 690-0811-0*
- Directiva Sanitaria n° 085- MINSa-2019-DGIESP. (s.f.). *Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ.*

- Egli-Gany D, . (2019). *Distribución del genotipo del virus del papiloma humano y características socio conductuales en mujeres con cáncer cervical y cáncer al inicio de un programa de vacunación contra el virus del papiloma humano: el estudio CIN3 +. BMC Cá.*
- Ferreccio. (2013). *Revista Internacional de Cáncer* . 132 (4). Febrero.
- Fitzpatrick MB. (2019). *Int J Infect Dis.* May; 82: 21-29, Prevalencia de hrHPV y distribución de tipos en zonas rurales de Zimbabwe: un estudio de auto-recolección basado en la comunidad que utiliza pruebas de HPV cerca del punto de atención.
- García Magallanes, R. (2018). *Medidas preventivas frente al cáncer de cérvix que aplican las mujeres que acuden al Puesto de Salud Balconcito Chinchá. Enero 2018. . Lima - Perú: Universidad Privada San Juan Bautista. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de enfermería.*
- Gutiérrez-Aguado , A. (2011). Costo-utilidad de la vacuna contra el virus de papiloma humano en mujeres peruanas, . *Revista Perú Med. Exp. Salud Pública.*; 28(3):, 416-25.
- INEN (2011) *Cáncer de cuello uterino. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Guía de Práctica clínica.*
- Im médico Innovación para el Médico *Especialista de hospitales y atención Primaria, investigación médica, gestión tecnología y servicios sanitarios, Copyright (2018).*
- José Jerónimo G. Et al. (2016). Secondary Prevention of Cervical Cancer:.. *Guía de práctica clínica estratificada de recursos de la ASCO.*
- Koliopoulos, G. (2017). Citología versus Pruebas de VPH para detección de cáncer de cuello uterino en la población general. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas, número 8. Art. No.: CD008587.
- León Cruz , G., & Bosques Diego , O. (2005). Infección por el virus del Papiloma Humano y Factores Relacionados con la Actividad Sexual en la Génesis del Cáncer del Cuello Uterino. . *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología V.31*Inlciudad de la.
- Mariella Sausa . (2018). Periódico Perú 21 . “Uno de cada siete limeños tiene el Virus del Papiloma Humano (Entrevista). Dr. José Jerónimo.
- Mejía M, E. (2008). *La investigación científica en educación. 1ª edición.* Lima Perú.: CEPREDIM-UNMSM. .
- Melo, A. (2003). Tipificación del virus papiloma humano (VPH) en lesiones pre neoplásicas y carcinoma del cuello uterino en mujeres de la IX Región-Chile. *Rev. méd. Chile v.131 n.12 Santiago dic.de La Habana oct.-nov.*

- Medina Lex. (2015). *Geno tipificación del papillomavirus humano mediante secuenciación y PCR cuantitativa en tiempo real y detección de variantes intra típicas por análisis filo genético Tesis de grado. Ecuador*
- MINSA. 2017, Instituto Nacional de Salud, *Guía para la Elaboración del Consentimiento Informado.*
- Ministerio de Salud (MINSA), *Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017-2021. Primera Edición: Diciembre, 2017. <http://bus.minsa.gob.pe/local/MINSA/4232.pdf>.*
- Ministerio de Salud, Despacho Viceministerial de Salud Pública; *Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino, primera edición, Junio (2017).*
- Moreno Docon, A. (2014). *Infección por el Virus del Papiloma Humano en Mujeres con Lesión Intraepitelial Cervical, aspectos Viroológicos y Clínico-patológicos, . España: Murcia.*
- Monterola , C., & Otzen , T. (2014). Estudios Observacionales los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación Clínica. Artículo Scielo int. *Morphol.vol.32N°2 Temuco. Artículo Scielo int. Morphol.vol.32N°2 Temuco.*
- Montyerola Carlos (2009), *Estudios Observacionales los Diseños Utilizados con Mayor frecuencia de Investigación Clínica. Rev. Med. Clinic.CONDES-2009. 20(4) 539-548.*
- Norma Técnica N° 8 . *Frecuencia de infección por virus de papiloma humano no asociados a cáncer y distribución de genotipos en población general.2013,Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP), Centro Nacional de Salud Pública*
- Organización Panamericana de la Salud . (2015). *Boletín Informativo.*
- Pautrat Robles , G., & Ríos Hidalgo , R. (2007). Efecto de una Intervención Educativa y Nivel de Conocimiento Sobre el Virus Papiloma Humano en Estudiantes del Quinto Año de Secundaria del Colegio Ramón Castilla, Iquitos.
- Pita Fernández. (2001). Tipos de Estudio Clínico Epidemiológico. . *En Tratado de Epidemiología Clínica, Dupont Pharma, S.A.*
- Picconi, M. (2009) *Virus papiloma humano en mujeres quechuas jujeñas con alta frecuencia de cáncer de cuello uterino. (Buenos Aires)*
- Romo Melgar , A. (2011). *Infección por Virus del Papiloma Humano en varones pareja de mujeres infectadas y concordancia del tipo viral, . España.: Salamanca.*

- Roche Molecular Systems; cobas 4800 HPV Test US package insert. (April de 2011). Obtenido de . <https://spanish.hpv16and18.com/hcp/prueba-cobas-hpv/confiabilidad-con-la-prueba-cobas-hpv.html>.
- Rodríguez, Salvá A. (1999) *Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev. Cubana Hig. Epidemiolog.*
- Ruiz Morales y Gómez Restrepo y Londoño Trujillo. (2001). *Investigación clínica: Epidemiología clínica aplicada.1ª edición Centro Editorial Javeriano. Bogotá. Colombia.*
- Santos , C., Muñoz , N., Klug, S., Almonte, M., & Guerrero , I. (2001). HPV types and cofactors causing cervical cancer in Peru. *Br J Cancer.* . 85(7): 966-71.
- Sánchez Alfredo (2009) *Factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical Rev Fac Med UNAM Vol. 52 No. 2 Marzo-Abril.*
- Sarduy Napoles , M. (2008). *Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del cáncer cérvicouterino Rev Cubana Obstet Ginecol v.34 n.2 . Ciudad de la Habana Mayo-ago.*
- Sarduy Nápoles , M. (2009). Lesiones intraepiteliales cervicales de bajo grado. Regresión, persistencia y progresión a los dos años de evolución. *Rev. Cubana Obstet Ginecol v.35 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep.*
- Sohrabi A. (2017). *¿Está aumentando la incidencia de múltiples genotipos de VPH en las infecciones genitales? J Infect Public Health. Nov - Dec; 10 (6):730-733.*
- Selmouni, F. (2017). *Evaluación de la implementación del programa de detección precoz del cáncer del cuello uterino-región Meknès-Tafilalet, Marruecos. Tesis Doctoral Memoria. Madrid, España: para optar el Grado de Doctora en la Universidad Complutense.*
- Sijvarger , C., & cols. (2006). Epidemiología de la infección cervical por virus Papiloma humano en Ushuaia, Argentina. *Revista Argentina de Microbiología, 38: 19-24.*
- Solís , M., & cols. . (2010). Factores de Riesgo de Alteraciones Citológicas del Cuello Uterino en Mujeres Chilenas, . *Revista médica Chile v.138 n.2 Santiago feb.*
- So Ka. (2019). Riesgo específico del genotipo del virus del papiloma humano en la carcinogénesis cervical. *J Gynecol Oncol. 2019 julio; 30 (4): e52.*
- Sullcahuaman Allende, Y., Castro-Mujica, M., Mejia farro, R., A. Castañeda, C., Csatillo , M., Dolores Cerna , K., y otros. (2015). Características sociodemográficas de mujeres peruanas con virus papilomas humano detectado por PCR-RFLP. *Revista peruanas de Medicina Experimenta y Salud Pulica Instituto Nacional de Salud. lima Perú.*

- Sunkyung Jung. (2016) *Validación clínica de Anyplex II VPH Hr Prueba de detección para detección de cáncer de cuello uterino en Corea Arch Pathol Lab Med.* 2016; 140: 276–280.
- Valderrama , M. (2007). Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* v.24 n.3 Lima jul./set Woodman CBJ, Collin S, .
- Vitorino Grajeda, C. (2018). *Factores de Riesgo asociados a Cáncer de Cuello Uterino*, . . Universidad Andina del Cusco. Perú.: Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Cusco, 2017. Escuela Profesional de Medicina Humana.
- Wang WP. (2019). Prevalencia y atribución de VPH de alto riesgo en diferentes tipos histológicos de cáncer cervical. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* . May 25;54 (5):293-300.

Sitios web.

<https://www.google.com/search?q=estudios+no+experimentales&oq=ESTUDIO&ags=c&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

IX.ANEXOS

Anexo 1: Instrumento para la recolección de datos

**TÍTULO: TIPOS DE PAPILOMAVIRUS Y FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS A LESIONES INTRAEPITELIALES DE CERVIX EN
PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO LIMA EN
COMPARACIÓN CON EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN CALLAO, 2018.**

FORMULARIO AD HOC

Formulario N° _____

I. Datos de Filiación y Generales:

-
- Nombre y Apellidos _____
- Domicilio:
- Distrito
- H.C. N° _____
- Fecha ____/____/____
- Grupo de Estudio: Casos (1) Controles (2)
- Casos Positivos Confirmados CACU Confirmados histológicamente
- Si (1) NO (2)
- Controles Resultado de la Muestra De citología cervical $\left\{ \begin{array}{l} +1 \\ -2 \end{array} \right.$

II. LUGAR DE RESIDENCIA:

- Zona Urbana (1)
- Zona Periurbana (2)
- Pueblo Joven (3)
- Zona Rural (4)
- Otra (5)

III. NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA

-Hasta 4 personas (1),

Grupo Casos

Grupo Controles

-5-9 personas (2),

- más de 9 personas (3)

IV. N° DE CUARTOS PARA DORMIR EN LA VIVIENDA

-1 cuarto (1)

Grupo Casos

Grupo Controles

-2 cuartos (2)

-3 cuartos (3)

Disponibilidad de agua potable)

Grupo Casos

Grupo Controles

Si (1)

No (2)

Forma de Eliminación de Excretas:

Servicio Higiénico Conecta a Red Pública (1)

Letrina Pozo (2)

Otra Forma (3)

V. Características Epidemiológicas de las pacientes

Grupo Casos

Grupo

Controles

1. Edad (según Grupos atareos)

- ≥ 18 años (1)
- 19 a 24 años (2)
- 25 a 29 años (3)
- 30 a 34 años (4)
- 35 a 39 años (5)
- 40 a 44 años (6)
- \geq a 45 años (7)

	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7

	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7

Grupo Casos**Grupo****Controles****2. Grado de Instrucción**

- Analfabeta (1)
- Primaria Incompleta (2)
- Primaria Completa (3)
- Secundaria Incompleta (4)
- Secundaria Completa (5)
- Superior Incompleta (6)
- Superior Completa (7)

	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7

	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7

3. Estado Civil**Grupo****Casos****Grupo Controles**

- Soltera (1)
- Casada (2)
- Unión Libre (3)
- Separada (4)

	1
	2
	3
	4

	1
	2
	3
	4

4. Ocupación**Grupo****Casos****Grupo Controles**

- Ama de casa (1)
- Estudiante (2)
- Empleada (3)

	1
	2
	3

	1
	2
	3

5. Nivel Socioeconómico

Grupo Controles

- Bajo (1)
- Medio (2)
- Alto (3)

Grupo Casos

	1
	2
	3

	1
	2
	3

VI. Antecedentes Reproductivos Sexuales:

• Edad de la Menarquía

-Se considerará menos de 10 años (1)

Controles

-10 a 13 años (2)

-14 a más (3)

Grupo Casos Grupo

• Edad de inicio de Relaciones Sexuales

Grupo Controles

- 10 a 14 años (1)
- 15 a 19 años (2)
- 20 a 24 años (3)
- 25 a 29 años (4)
- 30 a más años (5)

Grupo Casos

	1
	2
	3
	4
	5

	1
	2
	3
	4
	5

• Número de Parejas Sexuales

Grupo Controles

- 1 A 2 (1)

Grupo Casos

	1
--	---

	1
--	---

- 3 A 4 (2)
- 5 A 6 (3)
- ≥ 7 (4)

	2
	3
	4

	2
	3
	4

• **Número de Gestaciones**

Grupo **Casos**

Grupo Controles

- Primigesta (1)
- Secundigesta (2)
- Tercigesta (3)
- Multigesta (4)

	1
	2
	3
	4

	1
	2
	3
	4

• **Presencia de Infección Vaginal**

Grupo Casos **Grupo**

Controles

- Si (1)
- No (2)

	1
	2

	1
	2

• **Número de Abortos**

--

Grupo Casos **Grupo**

Controles

• **Amenaza de Aborto**

- Si (1)
- No (2)

	1
	2

	1
	2

• **¿Usó Métodos Anticonceptivos?**

¿Qué métodos?: Explicar

- **Tratamiento de VPH**

Grupo Controles

- Si (1)
- No (2)

Grupo Casos

	1
	2

	1
	2

- **Infección Vaginal Anterior**

Grupo Controles

- Si (1)
- No (2)

Grupo Casos

	1
	2

	1
	2

- **Tubo Infección Anterior por VPH**

Se consignara como.

-Ninguna presencia de PVH (1)

Casos Grupo Controles

- PVH 16.....

-PVH18.....

-OTROS PVH.....

TODOS.....

Grupo

- **Datos Sobre Antecedente de Condilomatosis Genital**

Se consignara como

SI (1)

Casos Grupo Controles

NO (2)

Grupo

- **Datos Sobre Presencia de Herpes Genital**

S e consignara como

SI (1)

Casos Grupo Controles

NO (2)

Grupo

VIII. Manifestaciones Clínicas:**6. Tipos de Manifestaciones:**

- Dolor en las Relaciones sexuales (1)
- Sangrado Vaginal (2)
- Dolor Pélvico (3)
- Fiebre (4)
- Verrugas (5)
- Fluidos Mal Olientes (6)

	1
	2
	3
	4
	5
	6

	1
	2
	3
	4
	5
	6

Anexo 02 : Consentimiento informado:**“TIPOS DE PAPILOMA VIRUS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LESIONES INTRAEPITELIALES DE CERVIX EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO LIMA EN COMPARACIÓN CON EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, 2018.”**

Médico Gineco Obstetra, María Isabel Mercado Herrera Medico Investigador Principal, Hospital San Juan de Lurigancho.

Objetivo: si en la Evaluación de la Guía Técnica existen Factores de Riesgo Asociados a Lesiones Intraepiteliales de Cérvix por Tipos de Papiloma Virus en Pacientes del Hospital San Juan de Lurigancho Lima en comparación con el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao, 2018.

Se realizara una biopsia de cuello uterino a fin de conocer el tipo de lesión intraepitelias por los diferentes tipos de papiloma virus que existen.

No cuenta con ningún riesgo.

Sera beneficioso saber el resultado de la prueba para un mejor tratamiento, porque la prueba es confiable al 100%. Estamos para absolver cualquier inquietud o pregunta, la participación es netamente voluntaria.

Lima... de.....del 2019

.....

Firma

Anexo 03. Autorización para ejecutar proyecto de investigación



PERÚ
Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas
de Salud Lima Centro
"Tu salud es nuestra prioridad"

Hospital San Juan de
Lurigancho

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

San Juan de Lurigancho, 10 de Diciembre del 2018

OFICIO N° 720 -2018 DE N° 720-UADI-HSJL

**Sra.
MERCADO HERRERA MARÍA ISABEL
ALUMNA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL**

Presente

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

De nuestra mayor consideración:

Por medio del presente es grato dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y a la vez informarle en relación al documento presentado donde se solicita la revisión del Proyecto de Investigación titulado: **"TIPOS DE PAPILOMAVIRUS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LESIONES INTRAEPITELIALES DE CÉRVIX EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO LIMA CON COMPARACIÓN CON EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, 2018."** El cual ha sido revisado y APROBADO por los Comités de Ética en Investigación Científica del Hospital San Juan de Lurigancho.

En tal sentido la Dirección Ejecutiva contando con la opinión técnica favorable del Comité Institucional de Ética en Investigación CIEI adscrito a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación (UADI) de la autorización para la ejecución del Proyecto de Investigación en el área solicitada, así como en la Unidad de Estadística e Informática si la tesis lo requiere. La aprobación tendrá vigencia de 12 (doce meses) contados desde la fecha de la presente autorización.



Agradeciendo su gentil atención, le expreso los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
M.C. PEDRO P. SILVA MARTEL
DIRECTOR EJECUTIVO
MP.19151

HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION
AV. CANTO GRANDE S/N ALT. PARADERO 11 TEL. 388-6515 3872300 - ANEXO 383

PSCT/SEAT/lbc
C.c. Archivo
Folio ()

Anexo 04. Autorización del hospital nacional Daniel Alcides Carrión



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN
 "Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"



OFICIO N° 0693-2019/HN.DAC-C-DG/OADI

Callao, 21 FEB. 2019

Srta.:
Mercado Herrera María Isabel
 Alumna
Escuela Universitaria de Posgrado
Universidad Nacional Federico Villarreal
 Presente.-

Asunto: *Autorización para Ejecutar Proyecto de Investigación*
 Referencia: 1).- Carta N°025-2018 y Nro. Doc. HCA-024326
 2).- Memorándum N° 022-2019--HNDAC-OADI/CIEI

De mi mayor consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, saludándola cordialmente y en atención a los documentos de la referencia, mediante el cual solicita la aprobación para realizar el Proyecto de Investigación titulado:

"TIPOS DE PAPILOMAVIRUS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LESIONES INTRAEPITELIALES DE CERVIX EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO LIMA EN COMPARACION CON EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO, 2018"

Proyecto evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación CIEI, no habiéndose encontrado objeciones en dicha investigación de acuerdo a los estándares considerados en el Reglamento y Manual de procedimientos del mencionado comité, la versión aprobada se encuentra en los archivos de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación OADI y que se ejecutara bajo la responsabilidad de la tesista.

En tal sentido, la Dirección General contando con la opinión técnica favorable del Comité Institucional de Ética en Investigación CIEI adscrito a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación OADI, da la **autorización** para la ejecución del proyecto de investigación en el área solicitada, así como en la Oficina de Estadística y Sistemas Informativos si la tesista lo requiera. La aprobación tendrá vigencia de 12 (doce meses) contados desde la fecha de la presente autorización.

Sin otro particular, hago llegar a usted las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Dr. Yoni Daniel Gómez Arenas
 DIRECTOR GENERAL
 CMP: 013701 RNE 22912

YDGA/MLK/vcm
 CC. OADI
 Archivo

"Establecimiento de Salud Amigo de la Madre, la Niña y el Niño"

Av. Guardia Chalaca N° 2176 - Callao 02 - Lima - Perú Teléfono: 614-7474 Anexos 3312
 Email: unidad.docencia_hndac@hotmail.com, oadi_hndac@hotmail.com