

**Universidad internacional para el desarrollo sostenible
UNIDES Matagalpa**



**TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICINA Y
CIRUGIA**

**Prevalencia de Virus del Papiloma Humano en usuarias de Clínica Santa Fe Matagalpa
en el periodo junio 2018 a junio 2019.**

**Autores: Br. Hilsia Hicyaari Averruz Siles
Br. Odallys Jaribeth García Méndez**

**Tutor clínico Dra. Karla María Blandón García.
Especialista en GinecoObstetricia
UNAN- León**

Matagalpa, Nicaragua 20-09-2019.

DEDICATORIA

Dedicamos especialmente y con mucha honra en primer lugar a nuestro ser supremo que sin su ayuda no hubiésemos podido alcanzar nuestras metas, siendo dador de la vida, fuerza de inspiración, medico por excelencia que ofrendaste tu vida por el amor a tus hijos, gracias padre celestial por darnos la oportunidad de adquirir los conocimientos para así culminar con éxito nuestra carrera de entrega, amor y sacrificio.

A nuestros padres siendo ellos hermosa creación de Dios, quienes nos han brindado su amor, comprensión, apoyo moral y económico, ya que en los momentos más difíciles nos enseñaron a tener confianza y seguridad de sí mismo. Queridos padres, gracias por creer en nuestras capacidades, por el apoyo incondicional que siempre nos han dado.

A nuestros Maestros por brindarnos la luz de la enseñanza, por dotarnos de conocimientos, por la abnegada labor que ejercen, por la paciencia y esmero que aportaron para que logremos nuestras metas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos primeramente a nuestro creador omnipotente por concluir esta etapa tan importante de nuestras vidas, donde has permitido finalizar con éxitos nuestras metas.

A nuestros padres por su amor y apoyo incondicional, por instruirnos por el camino de bien, forjándonos como personas de éxito y humanismo.

A todos nuestros queridos maestros, muy especialmente al Dr. Salvador Antonio López y Dr. Roberto Pao; por dotarnos de conocimientos para concluir este proyecto de vida y de mucho esfuerzo.

A mi esposo por apoyarme moralmente, por la paciencia, comprensión y apoyo incondicional que me ha brindado cada día.

¡Infinitamente gracias a todos!

RESUMEN

El virus de papiloma humano es una de las infecciones de transmisión sexual de mayor relevancia , guarda relación en cuanto a cáncer cervico-uterino , como sabemos existen factores de riesgo que predisponen al contagio de éste virus ; como principal factor encontramos el inicio de vida sexual activa, ya que es conocido el riesgo de lesiones intra-epiteliales aumentan 26 veces más en las mujeres que iniciaron su vida sexual a temprana edad debido a que la zona de transformación está expuesta en este grupo , el número de compañeros sexuales de acuerdo con estudio que se han realizado se compara que a mayor número de compañeros sexuales existe un riesgo elevado de exposición al virus ,no obstante; existen otros factores como paridad , anticonceptivos hormonales , la edad, el uso de método de barrera ,entre otros que tiene relación con el virus.

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar la prevalencia del virus de papiloma humano en usuarias que asisten a clínica santa Fe, Matagalpa. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 193 pacientes con Papanicolaou alterado. Se encontró resultados de gran importancia que reportan presencia del virus de papiloma humano en usuarias de edades mayores de 35 años con un porcentaje del 55%, procedencia de área urbana un 65%, con preparación académica superior del 88%, estado civil casadas en un 48%, con vida sexual activa de 15-19 años un 68%, número de compañeros sexuales de 2-5 el 51%, paridad del 57% lo representan las pacientes que tenían de 2-4 partos, Un 26% anticonceptivos inyectable mensuales, uso de preservativo solo el 22% usaban, comportamiento social de las pacientes ninguna consumía Alcohol, Drogas y cigarrillo. Las lesiones intra epiteliales de bajo grado (LIEBG) fue más frecuente en toda la población en estudio con un 92.2%. Otros medios diagnósticos para corroborar la patología se les realizó Colposcopia al 90.8% de las pacientes, en cuanto al abordaje terapéutico un 96% de las pacientes recibieron Crioterapia.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS.....	8
VI. MARCO TEÓRICO.....	9
VII. MATERIAL Y MÉTODO.....	26
VIII. ANÁLISIS DE RESULTADO	29
IX.DISCUSIÓN.....	31
X.CONCLUSIONES	34
XI. RECOMENDACIONES	35
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
XIII. ANEXOS	38

I. INTRODUCCIÓN

“Tu cuerpo es templo de la naturaleza y del espíritu divino. Consérvalo sano; respétalo; estúdialo; concédele sus derechos” – Henri Frederick Amiel

Partiendo de ello, el cuerpo humano y cada uno de sus órganos y sistemas, son el claro ejemplo de lo que es íntegro; es trabajo de nosotros mismos conservarlo de la misma manera, sin embargo, esto se ve truncado cuando es contagiado de diferentes afecciones que existen hoy en día, una de ellas y de las más mencionadas en la actualidad es el Virus de Papiloma Humano (VPH)

El virus del papiloma humano (VPH) representa una de las infecciones de transmisión sexual más común, conociéndose más de 100 tipos virales que, en relación a su patogenia oncológica, se clasifican en tipos de alto y de bajo riesgo oncológico. La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) considera que los tipos de VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 66 son carcinógenos para los humanos –tipos de alto riesgo oncológico– y que otros tipos, incluidos el VPH 6 y el VPH 11, son posibles carcinógenos para los humanos. Teniendo en cuenta lo antes mencionado, aproximadamente el 70 a 80% de los casos de cáncer de cuello de útero en el mundo son producidos por los tipos de VPH 16 o 18. Los genotipos de bajo riesgo, VPH6 y 11 producen un elevado porcentaje de displasias cervicales leves y más del 90% de las verrugas genitales o condilomas. Generalmente las infecciones por VPH ceden espontáneamente en un plazo máximo de dos años, pero pueden persistir y producir lesiones pre malignas de cuello uterino que si no se tratan pueden evolucionar a un cáncer cervical.

La prevalencia de infección por el Virus de Papiloma Humano está asociada a la edad, siendo más alta en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales (entre los 15-25 años de edad) relacionado con el patrón de comportamiento sexual de

la comunidad; posteriormente se produce una disminución muy marcada, entre los 25-40 años para estabilizarse a partir de esta edad. En algunas poblaciones se ha observado un Segundo pico de prevalencia en las mujeres postmenopáusicas cuya interpretación es todavía objeto de investigación.¹

II. ANTECEDENTES

Internacionales

Tania de la C. Trujillo Perdomo, Susana R. Domínguez Bauta, María de los A. Ríos Hernández, Maite Hernández Menéndez (2017) realizaron un estudio sobre Prevalencia del virus del papiloma humano en mujeres con citología negativa. Se encontró que la prevalencia de la infección por los subtipos de alto riesgo del virus del papiloma humano en las mujeres con citología normal fue del 10 - 12 %, con algunas diferencias entre países. El mayor pico de frecuencia de esta infección viral se localizó en jóvenes menores de 25 años y, en algunas regiones geográficas, se observó un segundo pico en mayores de 49 años. Los cinco subtipos oncogénicos más frecuentes de estos virus fueron 16, 18, 31, 52 y 58 con ciertas variaciones a nivel global. En el presente estudio se Concluyó que el diagnóstico precoz de la infección por el virus del papiloma humano, especialmente los genotipos de alto riesgo, es un factor importante para una mejor prevención del cáncer cérvico-uterino.²

Nacionales

Blanco Rocha (2017) realizó un estudio sobre Correlación entre la Infección por Virus del Papiloma Humano Genotipo 16, 18, 33 y Lesiones Intra-epiteliales Cervicales Diagnosticadas por Biopsia en Pacientes Atendidas en el Servicio de Colposcopia del Hospital Bertha Calderón Roque, noviembre 2015 – febrero 2016. En el presente estudio se evidencio que las mujeres que se encontraban en edades de 20-30 años presentaron mayor afectación, con un porcentaje bajo de las edades menores de 19 años (18%), esto puede estar relacionado que en más del 80% de los casos hay regresión espontanea, el sistema inmunitario elimina el virus y la infección ya no aparece. En relación al nivel de escolaridad y ocupación, se encontró que el 48% de las pacientes tenían una preparación académica hasta el nivel de primaria y el 30% nivel de secundaria; sin embargo, el 76% de estas pacientes eran amas de casa y solo el 4%

tenían nivel académico superior (profesionales); estando en su mayoría en unión de hecho estable 50% de las pacientes. Es bien conocido que un bajo nivel socioeconómico (bajo nivel de escolaridad) es un factor de riesgo para patología cervical ya que están propensas a la promiscuidad y a un inicio temprano de relaciones sexuales, el cual se concluyó que Los resultados más relevantes de las pacientes en estudio fueron: 8 de cada 10 pacientes presentaron infección por VPH (82%), el genotipo más frecuente fue el 16 con un 32%, seguido del genotipo 18 con un 6%, el 26% de las pacientes presentaron infecciones mixtas con los genotipos 16/18 y 6% de las pacientes presentaron asociación con los 3 virus.³

Jirón Altamirano, Loáisiga palacios y López Gómez (2015) se realizó un estudio sobre Factores asociados al Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres que se realizaron el PAP en el área de consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque en el período de octubre del 2014-enero 2015. En el presente estudio se encontró Entre los factores sociodemográficos de las mujeres del estudio 2 mujeres (3.12%) se encuentra entre las edades menores de 20 años, 19 mujeres (29.6%) se encuentra entre las edades de 20 a 35 años y el restante que representa la mayoría 43 mujeres (67.18 %) se encuentra entre los rangos de edades de mayor de 36 años. El inicio de la vida sexual activa de las participantes hallamos que 52 mujeres (81.25%) fue antes o a los 20 años el resto 12 mujeres (18.75%) fue luego de los 20 años. Entre la cantidad de compañeros sexuales de las participantes del estudio 31 mujeres (48.43%) tuvieron de 2 a 3 compañeros sexuales y 22 mujeres (34.3 %) tuvieron solamente un compañero el otro restante que corresponde a 11 mujeres (17.18%) habían tenido 4 o más de 4 compañeros. al caracterizar a la población en estudio hemos llegado a las conclusiones de que entre los factores de riesgo socio-demográficos asociados para la adquisición de la infección por el Virus del Papiloma Humano se encuentran edad mayor de 36 años, estado civil acompañada y amas de casa. En los antecedentes Gineco-obstétricos el inicio de la vida sexual antes de los 20 años, así como el tener más de 2 compañeros sexuales influyen de manera significativa el riesgo de contraer el virus, de igual manera el embarazo es un factor que aumenta de desarrollar la infección por lo cual entre más

gestas más aumenta el riesgo en la mujer, así como la promiscuidad en cuanto al número de compañeros.⁴

Municipales

González Ruiz, Moreno Arauz y Lastenia Rodríguez (2008) se realizó un estudio sobre Factores socioeconómicos y culturales asociados con la infección por virus de Papiloma Humano en las pacientes con VPH del Hospital Cesar Amador Molina en Matagalpa Octubre-noviembre 2006. En el presente estudio se identificó que de las 70(100%) mujeres 14(20%) son casadas; 41(58.6%) son solteras y 15 (21.4%) están en unión libre. Hay 9 (12.8 %) mujeres analfabetas, 19 (27.16%) con primaria completa, 16 (22.9%) con primaria incompleta, 20 (28.6%) secundaria completa, universitaria 6(8.6%) mujeres. En el aspecto religioso 40 (57.1%) son católicas, 25 (35.7 %) evangélicas, 5 (7.1%) pertenecen a otras religiones. Aspecto ocupacional 35 (50%) son domésticas, 32 (45.7%) amas de casa, 3 (4.3%) son profesionales. Sobre el ingreso económico 23 (32.8%) no perciben dinero, 12 (17.1%) reciben menos de 500 córdobas, 12 (17.1%) mujeres reciben 500 córdobas, 24 (34.3%) reciben más de 500 córdobas. En este estudio se concluyó que Las 70 mujeres estudiadas tienen nivel académico bajo, lo que no les permite tener un trabajo que les garantice un salario digno que cubra sus necesidades de vida. La mayoría de ellas no tienen estabilidad en relaciones de parejas, son solteras y son las más afectadas por el virus de Papiloma Humano. Desde el aspecto cultural están siendo afectadas por el desconocimiento del VPH, son mujeres que iniciaron vida sexual a muy temprana edad, por sus creencias y mitos, algunas no hacen uso de preservativos (condón) y están sometidas al criterio de la pareja.⁵

III. JUSTIFICACIÓN

Al ser una ITS, tiene alta tasa de contagio, factor de relevancia y de preocupación para la comunidad médico-científica. Existen diferentes tipos de VPH de alto (tipo 16 y 18) y bajo riesgo (tipo 6 y 11). Los de alto riesgo causan cerca del 70 a 80 por ciento de los casos de cáncer y no presenta síntomas, los de bajo riesgo pueden causar verrugas en la piel y presentan síntomas visibles.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia del virus del papiloma humano en usuarias de clínica santa Fe Matagalpa en el periodo junio 2018 a junio 2019?

V. OBJETIVOS

Objetivo general.

Determinar la prevalencia del VPH en las usuarias que asisten a clínica santa Fe Matagalpa en el periodo de junio 2018 a junio 2019.

Objetivos específicos

- ✓ Describir las características sociodemográficas de las usuarias.
- ✓ Enumerar los factores de riesgo asociados a la prevalencia del virus del papiloma humano.
- ✓ Identificar los hallazgos citológicos en el método Screening (PAP).
- ✓ Mencionar el abordaje terapéutico de acuerdo a los hallazgos en los métodos diagnósticos utilizados.

VI. MARCO TEÓRICO

Virus del papiloma humano: Agente patógeno de transmisión sexual, pertenece a la familia de los papovavirus, se conocen más de 70 tipos que infectan las células del tracto genital inferior, toma particular importancia en el cérvix ya que puede provocar cambios celulares paulatinos que se han asociado con la posibilidad del desarrollo del cáncer cervicouterino (VPH).⁶

Factores de riesgo:

Dentro de los factores de riesgo descritos esta la edad temprana de inicio de las relaciones sexuales (antes de los 20 años), especialmente si se realiza durante el primer año tras la menarquia. Así mismo debe considerarse la promiscuidad, ya que, si la persona tiene varios compañeros sexuales en un corto período de tiempo, mayor será la exposición al VPH, de tal manera que el comportamiento sexual incrementa el riesgo de padecer dicha enfermedad (1, 4, 5, 6). El hábito de fumar parece ser estadísticamente otro factor de riesgo para el VPH.⁷

Virus:

Los virus son pequeños pedazos de ARN (ácido ribonucleico) o ADN (ácido desoxirribonucleico), muchos están encapsulados en una envoltura hecha a base de proteínas conocida como cápside, otros protegen su material genético con una membrana o envoltura derivada de la célula a la que infectan y algunos otros además rodean su cápside con una membrana celular.

Los virus han evolucionado para reproducirse dentro de la célula que infectan, ya que por sí solos no son capaces de hacerlo porque carecen de la maquinaria molecular necesaria.⁸

Tipos: Existen tipos de VPH de bajo y de alto riesgo.

Los tipos de VPH de bajo riesgo (6 y 11) causan las verrugas genitales en mujeres y en hombres, pero no causan cáncer

Los tipos de VPH de alto riesgo (16 y 18) pueden provocar el cáncer. La causa principal del cáncer cervico-uterino es una infección persistente o crónica con uno o más tipos de VPH de alto riesgo que causan cambios anormales en las células del cuello uterino. Además, estos tipos de VPH de alto riesgo pueden causar cambios anormales en las células que están asociados con una amplia variedad de otros cánceres, tales como el cáncer de pene, anal o bucal.¹⁷

Formas de transmisión del virus papiloma

Las infecciones por el virus del papiloma humano en el cuello uterino y en la vagina por lo general se transmiten por contacto sexual.

Hay evidencia de otras formas de contagio como son: instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados y juguetes sexuales.

Otra forma de contagio, aunque poco frecuente, es de la madre al niño durante el parto en los casos que existen verrugas genitales en el canal vaginal.

En estos casos puede producirse en el niño un cuadro denominado Papilomatosis laríngea. Este tipo de transmisión del virus es poco común y se previene practicando una cesárea en el momento del parto.

Las verrugas vulgares pueden auto inocularse. Las verrugas genitales pueden transmitirse por contacto directo de la piel con las verrugas.¹⁵

Los orígenes del Papanicolaou

En 1917, George Nicholas Papanicolaou (1883-1962), médico griego nacido en Coumi, quien había obtenido su grado de doctor en el Instituto Hertig de Biología Experimental de Múnich, en Alemania (4-7,8), realizó investigaciones en la Universidad de Cornell de Nueva York, utilizando el frotis vaginal para estudiar la fisiología del ciclo menstrual en animales. En 1925, Papanicolaou inicia el estudio de la citología hormonal, al descubrir las células naviculares en la gestante.

La aplicación de la cito patología se dio en el diagnóstico del cáncer y, en especial, del cáncer de cuello uterino; y el 11 de abril de 1928 el patólogo rumano Aurel Babes (1886-1962) publica en La Presse Medicale un artículo titulado "Diagnostic du cancer du col utérin par les frottis" (Diagnóstico del cáncer de cuello uterino por frotis); este trabajo había sido presentado el 23 de enero y el 10 de abril de 1927 en las Sesiones de la Sociedad de Ginecología de Bucarest.

Al mes siguiente, mayo de 1928, ante la Third Race Betterment Conference de Michigan, George Papanicolaou presentó su trabajo "New Cancer Diagnosis", que contenía sus observaciones de que las células cancerosas derivadas del cérvix uterino pueden ser observadas en un frotis vaginal. Este trabajo no fue bien recibido por la comunidad científica de entonces.

En la línea del estudio del cuello uterino, Hans Hinselmann, en 1925, en Alemania, inventa el colposcopio y Schiller, en 1933, introdujo la prueba de Lugol en el examen del cérvix uterino.

Pese a la poca aceptación de sus primeros reportes, Papanicolaou continúa sus investigaciones, en colaboración con Herbert Traut y, en 1941, publica en el American Journal of Obstetrics and Gynecology la identificación de células cancerosas del cuello uterino y del endometrio en extendidos vaginales de pacientes que no tenían sospecha

de cáncer y, en 1943, publica su monografía "Diagnosis of uterine cancer by the vaginal smear" (Diagnóstico del cáncer uterino por el extendido vaginal), que produjo gran impacto. Sus hallazgos fueron luego corroborados por numerosos investigadores, dándose el nombre de "Papanicolaou" a este examen.

El gran mérito de George Papanicolaou y su escuela fue haber sistematizado una técnica de diagnóstico con métodos de toma de muestra, fijación en fresco, tinción y nomenclatura de los diferentes tipos de alteración citológica relacionadas con el cáncer cérvicouterino (Citología tipo I, II, III, IV y V), dando así comienzo a la citología clínica moderna. En 1954, Papanicolaou publica su "Atlas de Exfoliative Cytology", con las bellas ilustraciones del artista Hashime Muruyama.

Posteriormente siguieron eventos y descubrimientos muy importantes, como las de Ernest Ayre que, en 1947, en Canadá, inventa una espátula de madera para la toma de muestra del cuello uterino y, en 1949, en el American Journal of Obstetrics and Gynecology, hace la primera descripción e ilustración de lo que actualmente conocemos como coilocito (The vaginal smear: Precancer' cell studies using a modified technique). Pero, fue Leopold Koss, en 1956, quien le dio el nombre de "coilocito" a dicha célula y Alexander Meissels, en 1970, afirmó que esta célula es patognomónica de la infección por papilomavirus (PVH). Naib, en 1961, describe células con inclusiones intranucleares, que posteriormente serían conocidas como causadas por virus herpes tipo II.

Otro aspecto importante a considerar es la evolución de la terminología del reporte citológico del cáncer uterino, que ha presentado variación en estas últimas décadas; así James Reagan, en 1958, introduce el término de displasias, discriminándola en leve, moderada y severa y Richard, en 1967, propone el término de NIC (neoplasia escamosa intraepitelial), igualando el NIC I para la displasia leve, NIC II para la displasia moderada y NIC III para la displasia severa y el carcinoma in situ.

En 1988, el Instituto Nacional del Cáncer de EU de A, en Bethesda, patrocina un Seminario Taller, a fin de proveer una terminología uniforme o estandarizada, la cual es llamada "Sistema Bethesda", en la que se introduce una nueva denominación, la "lesión

escamosa intraepitelial" (LEI), diferenciándola en LEI de grado bajo y grado alto. Posteriormente, en 1991 y mayo de 2001, se realizó sendas reuniones para evaluar el impacto de dicho Sistema en la práctica clínica.

La OMS, en 1977, publicó un folleto de orientación de los laboratorios de citología, en el cual se indica el valor del método de Papanicolaou; y A B Miller, en 1993, en documento publicado también por la OMS, señaló que en la lucha contra el cáncer cérvico-uterino sólo se dispone actualmente de una estrategia probada, esto es, la detección citológica precoz con el tratamiento adecuado.¹⁷

La especificidad del PAP es de 86% y sensibilidad 41%.¹⁸

¿QUÉ ES EL PAP?

El test de Papanicolaou, conocido como PAP, es un método sencillo de tamizaje que permite detectar anomalías celulares en el cuello del útero. Se extrae una muestra de células tomadas del cuello del útero, y se fija en un vidrio que es transportado a un laboratorio, donde es evaluado bajo el microscopio.⁹

Inspección visual con Ácido Acético (IVAA):

La técnica del IVAA no debe ser aplicada a mujeres que:

- Están siendo tratadas por Lesión Intra-epitelial cervical o cáncer de cérvix.
- Han tenido una histerectomía total
- No han iniciado vida sexual.
- Presentan sangrado al momento de la consulta.
- Embarazadas y puérperas.⁶

La IVAA es un método de tamizaje de lesiones Intra-epiteliales de cuello uterino que consiste en el examen directo del cérvix luego de la aplicación de ácido acético del 5% (vinagre). La ventaja de este método es que se logran resultados inmediatos y no se requieren equipos especiales, ya que todos los implementos necesarios pueden ser accesibles a cualquier centro de salud de nuestro país.

Cuando el epitelio atípico entra en contacto con el ácido acético, se torna de color blanquecino durante algunos minutos, volviendo luego a su color original. Este fenómeno se puede reproducir cada vez que se aplica vinagre, debido a que el vinagre deshidrata las células y coagula proteínas nucleares, lo que en el caso del epitelio displásico, hace que los núcleos celulares agrandados se conglomeren impidiendo el paso de la luz, notándose color blanco.⁶

F.Materiales para la IVAA: mesa de examen ginecológico, lámpara de mano o frontal o de cuello de cisne (luz blanca); torundas de algodón, gasa, ácido acético del 3% al 5% espéculos vaginales, guantes, pinza de ojo, casos cilíndricos o cuadrados, solución de cloro al 5% para descontaminar instrumentos, papelería correspondiente.

Para lograr resultado de la IVAA, debe ser realizado sólo por personal de salud que haya recibido capacitación en la técnica.⁶

El personal de salud capacitado antes de aplicar el ácido acético debe visualizar la unión escamo-columnar en su totalidad si no es visible debe optar por el PAP.

Es básico que el personal capacitado, inmediatamente que aplique el ácido acético observe continuamente durante unos 2 minutos el cuello del cérvix, para que valore si se pinta de inmediato y si tarda en quitarse, ya que esto es indicativo de una LIE de bajo grado o alto grado.

G. Detección de Lesiones del CERVIX:

La inspección visual con ácido acético se basa en la propiedad que tienen las lesiones Intra-epiteliales de cuello uterino de tornarse de color blanquecino al entrar en contacto con el ácido acético. Sin embargo, hay que tener presente que existen cuadros benignos en los cuales también pueden dar epitelio aceto-blanco pudiendo causar confusión al examinador. Si hay duda deberá de referir de inmediato a nivel de mayor resolución⁶

H.Interpretación de Resultados de IVAA:

Es Resultado Negativo cuando:

- No se observa mancha blanca en la unión escamo-columnar.
- Presenta Mancha Blanca tenue de bordes mal definidos, o tipo moteado.
- Línea blanca tenue en la unión escamo – columnar.

- Epitelio acetoblanco lejos de la zona de transformación o que desaparece rápidamente.

I. Es Resultado Positivo cuando:

- Mancha blanca de bordes bien definidos localizada en o cerca de la unión escamo columnar .⁶

- Las manchas que después de aplicado el ácido acético se tiñen rápidamente y persisten por varios minutos sugiere lesiones graves (LIEAG).

J. Altamente sospechoso de Cáncer Invasor:

No es posible determinar si se encuentra en alguna de las tres categorías anteriores.

Por lo cual deberá referir⁶

K. Resultado Indeterminado cuando:

No es posible determinar si se encuentra en alguna de las tres categorías anteriores, por lo cual deberá referir.

L. Algunas consideraciones a tomar en cuenta que son normales:

I. Metaplasma Escamosa: Es un proceso fisiológico mediante el cual, las células del epitelio columnar son reemplazadas paulatinamente por epitelio escamoso.⁶

Este proceso se ve incrementado en casos de infección, cervicitis, presencia de DIU, etc. Luego de la aplicación de ácido acético al 3-5% toma una coloración blanca tenue.

II. Metaplasma inmadura:

Ectropión: se caracteriza por la presencia de epitelio columnar en la superficie del ecto-cérvix. También se le llama ectopia. Este proceso se estimula por agentes como los anticonceptivos orales.⁶

III. Algunas alteraciones del cuello uterino:

Cervicitis: La apariencia es roja, carnosa. Algunas infecciones del tracto reproductivo, como la Tricomonas vaginales pueden producir apariencia de fresa, con áreas rojas alternadas con áreas rosadas.⁶

Sistema Bethesda

El sistema de Bethesda para informar la citología cervical, fue desarrollado por un grupo de expertos en Citología, Histopatología y Ginecología en 1988 y ha

sido objeto de dos revisiones posteriores , este sistema se realizó con el propósito de informar la citología cervical de una manera clara, proporcionar información relevante al médico y fomentar la comunicación eficaz entre el médico y el laboratorio; en él se introduce una nueva nomenclatura que en contraste con las nomenclaturas que han estado en uso, (NIC o displasias), introduce una interpretación descriptiva de los hallazgos y emplea el término “citología cervical” en vez de “citología cervico vaginal” debido a que la mayoría de métodos de obtención de la muestra no tiene como propósito la toma de muestras de la vagina.¹⁴

El Sistema de Bethesda define una clasificación general (opcional) y la interpretación de resultados. La clasificación general incluye:

- 1.- Negativo para Lesión Intra-epitelial o Malignidad: cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales.
- 2.- Anomalía en Células Epiteliales: cuando se identifica alteraciones celulares de lesiones pre malignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares.¹⁴

En esta se incluyen únicamente dos categorías para las lesiones Intra-epiteliales escamosas, basándose en que los criterios clínicos de decisión terapéutica (seguimiento o realización de colposcopia) y en que un menor número de categorías disminuye la posibilidad de la variabilidad entre observadores en la interpretación de resultados. Las dos categorías son:

- Lesión Intra-epitelial Escamosa de Bajo grado (LIEBG) que incluye infección por HPV y NIC I (displasia leve) y
- Lesión Intra-epitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ).¹⁴

La clasificación de Bethesda introduce la categoría Células Escamosas Atípicas que utiliza el término ASC-US (células escamosas atípicas con significado indeterminado) la cual refleja las limitaciones inherentes al examen y la dificultad para interpretar ciertos cambios celulares con precisión y reproducibilidad, que existe en ciertos casos, para brindar un diagnóstico definitivo.¹⁴

ASC-H

Células escamosas atípicas (atypical squamous cells), no se puede descartar HSIL ASC-H significa que se encontraron algunas células escamosas anormales que pueden ser una lesión intra epitelial escamosa de grado alto (HSIL), aunque no hay certeza.¹³

La categoría Carcinoma Escamoso es definida como un tumor maligno invasor que presenta diferenciación escamosa de las células. En cuanto a las anormalidades de células glandulares, el Sistema de Bethesda también ha incorporado cambios en el modo de informar las anomalías de estas células tomando en cuenta que los hallazgos glandulares atípicos involucran un aumento de riesgo de que exista una entidad neoplásica maligna relacionada y deben ser clasificados, siempre que sea posible, según el tipo de célula glandular identificada (endocervical o endometrial), para fines de seguimiento y de tratamiento, Otros aspectos importantes en este sistema de información de citología cervical son, que no incluye los términos “Displasia Glandular Endocervical” ni “Lesión Glandular Intra-epitelial de Bajo Grado”, además se considera que el adenocarcinoma endocervical in situ es el equivalente al carcinoma in situ de células escamosas o NIC III y precursor del adenocarcinoma endocervical invasor y se eliminó el término Células Glandulares Atípicas de significado Indeterminado (AGUS) para evitar confusiones con el término ASCUS¹⁴

Colposcopia

Procedimiento para el que se usa un instrumento con aumento y luz que se llama colposcopio a fin de examinar el cuello uterino, la vagina y la vulva. Durante la colposcopia, se introduce en la vagina un espéculo para ensancharla y que sea más fácil examinar el cuello uterino. A veces se usa una solución de vinagre para ver mejor el tejido anormal con el colposcopio.¹¹

Es posible extraer muestras de tejido con una herramienta en forma de cuchara que se llama cureta; las muestras se observan al microscopio para verificar si hay signos de enfermedad. La colposcopia se usa para detectar cáncer en el cuello uterino, la vagina y la vulva, y cambios en el tejido que tal vez se conviertan en cáncer.¹¹

Indicaciones para la colposcopia

Cuello uterino de aspecto sospechoso

Citología que muestra carcinoma invasor

NIC II o NIC III en la citología

Anomalías de bajo grado (NIC I) que persisten durante más de 12 a 18 meses en la citología

NIC I en la citología

Calidad insatisfactoria persistente en la citología

Infección por papilomavirus humanos oncógenos (VPH)

Acetopositividad en la inspección visual con ácido acético (IVA)

Acetopositividad en la inspección visual con ácido acético y lente de aumento (IVAA)

Resultados positivos en la inspección visual con solución yodo yodurada de Lugol (IVL)¹²

Biopsias Cervicales

Se pueden usar varios tipos de biopsias para diagnosticar los cánceres o los precánceres de cuello uterino. Si la biopsia puede extirpar completamente todo el tejido anormal, éste puede que sea el único tratamiento necesario.¹⁹

Biopsia colposcópica

Para este tipo de biopsia, se examina primero el cuello uterino con un colposcopio para detectar áreas anormales. Se utilizan unas pinzas de biopsia para extirpar una pequeña sección (de aproximadamente 1/8 de pulgada) del área anormal en la superficie del cuello uterino. El procedimiento de biopsia puede causar dolor con calambres leve o dolor de breve duración y es posible que presente posteriormente un ligero sangrado. Algunas veces, se usa un anestésico local para anestesiar el cuello uterino antes de la biopsia.¹⁹

Curetaje endocervical (raspado endocervical)

Algunas veces, la zona de transformación (el área en riesgo de infección con VPH y pre cáncer) no se puede ver con el colposcopio y se tiene que hacer un procedimiento adicional para examinar esa área y determinar si hay cáncer. Esto significa hacer un raspado en el endocervix al insertar un instrumento estrecho (la cureta) en el canal endocervical (la parte del cuello uterino más cercana al útero). La cureta se usa para raspar el interior del canal y extraer algo de tejido que luego se envía al laboratorio para un examen. Después de este procedimiento, las pacientes pueden sentir retorcijones y también pueden presentar algo de sangrado.¹⁹

Biopsia de cono

En este procedimiento, también conocido como *conización*, el doctor extrae del cuello uterino un fragmento de tejido en forma de cono. La base del cono está constituida por el exocérvix (la parte externa del cuello uterino), y la punta o ápice del cono está formada por el canal endocervical. El tejido que se extirpa en el cono incluye la zona de transformación (el límite entre el exocérvix y el endocérvix, donde hay más probabilidad de que los cánceres y los precánceres se originen).

Una biopsia de cono también se puede usar como tratamiento para extirpar por completo muchos precánceres, así como tumores cancerosos en etapas muy tempranas. Realizar una biopsia de cono no evitará que la mayoría de las mujeres queden embarazadas, pero si se les extirpa una gran cantidad de tejido, pueden tener un mayor riesgo de partos prematuros.¹⁹

Los métodos que se utilizan comúnmente para las biopsias de cono son el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP, por sus siglas en inglés), también conocido como escisión con asa grande de la zona de transformación (LLETZ), y la biopsia de cono con bisturí frío.¹⁹

- **Procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa (LEEP, LLETZ):** en este método, se extirpa el tejido con un asa de alambre delgado que se calienta mediante electricidad y que sirve como un pequeño bisturí. Para este procedimiento se emplea anestesia local, y puede llevarse a cabo en el consultorio del médico.
- **Biopsia de cono con bisturí frío:** este procedimiento se hace en un hospital. Se utiliza un bisturí quirúrgico o un láser en lugar de un alambre calentado para extirpar el tejido. Durante la operación, usted recibirá anestesia (ya sea anestesia general, en la que usted está dormida, o anestesia espinal o epidural, en la que

se coloca una inyección en el área que rodea la médula espinal para adormecer de la cintura hacia abajo).¹⁹

LA CRIOTERAPIA:

Es el tratamiento que se le realizará a la usuaria por personal capacitado, una vez que presente IVAA positivo y reúna los criterios para esto; la crioterapia es:

- Altamente efectiva: En lesiones pequeñas y moderadas.
- No causa subsecuente daño al cérvix.
- Se usa equipo simple, relativamente de bajo costo.
- Puede ser realizado por médicos generales capacitados.
- Es un tratamiento rápido, no requiere anestesia ni electricidad.
- Puede ser utilizado el mismo día del diagnóstico clínico.

Pero:

- Es menos efectivo / no práctico si la lesión es grande (por lo que se debe Referir).
- Necesita tanque de CO2.
- Causa mucho flujo que molesta a la mujer.⁶

A. Insumos para la realización de la crioterapia:

Equipo para crio (tipo pistola), con variedad de forma de puntas de crio que se adapten correctamente a las diferentes formas del cérvix y la lesión; tanque de 100kg con gas de óxido nitroso (N2O) y oxido de carbono (CO2) de uso hospitalario y sus anexos; torundas, guantes, espátulas de madera; casos de acero.

B Criterios para crioterapia:

1. Mujer con tamizaje positivo para Lesión Intra-epitelial cervical.
2. La lesión no debe exceder el 75% de la superficie del cuello uterino.
3. La lesión debe ser cubierta en su totalidad por la criosonda con no más allá de 2mm de sus bordes.
4. Los bordes de la lesión deben de ser totalmente visibles, sin ninguna extensión adentro del endocervix o dentro de la pared vaginal.⁶

C. Recomendaciones importantes en crioterapia:

1. La presión de gas debe estar por encima de 40gramos / centímetro cuadrado.

2. Respetar los tiempos recomendados en la aplicación de la crioterapia, tres minutos de congelamiento, cinco de descongelamiento, y tres de congelamiento; o sea el esquema 3-5-3.⁶

D. Efectos colaterales y complicaciones de la crioterapia:

La crioterapia, como cualquier otro tratamiento, no está libre de efectos colaterales no deseados y complicaciones, los cuales son:

- **Flujo Vaginal o leucorrea:** la cual puede durar entre 4 y 6 semanas, debe ser acuoso y sin mal olor, si cambia sus características hacia purulenta y mal oliente se considera infección y se deberá recibir tratamiento inmediato.

- **Dolor:** es tipo cólico de regla y se produce durante la aplicación y algunas horas después, habitualmente cede con anti-inflamatorios.⁶

- Si el dolor es pélvico y acompañado de fiebre debe sospecharse de Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) y recibir tratamiento inmediato.

- **Sangrado:** es raro y puede ser tipo acuoso, si aumenta significativamente, debe realizarse evaluación del cérvix usando un espéculo vaginal, con el objetivo de confirmar que el sangrado es de lecho de la crioterapia, en cuyo caso se puede manejar con taponamiento vaginal. Este taponamiento vaginal se debe cambiar diariamente y es recomendable añadir antibiótico. En los casos que no cede el sangrado a pesar del taponamiento, se debe referir al centro especializado más cercano.

- **Estenosis del canal endocervical,** es raro, se puede manejar mediante el uso de dilatadores.

_ **Quemadura de la pared vaginal:** se produce con más frecuencia en pacientes con vagina redundante, se aconseja tener especial cuidado de que la punta del aplicador no toque las paredes vaginales.⁶

E. Referencia

Si se presenta alguna de los signos de alerta abajo enumerados, la paciente debe ser evaluada a la brevedad ante la posibilidad de enfermedad inflamatoria pélvica, necesitando ser referida a nivel de mayor resolución para su tratamiento inmediato

Signos de Alerta para referir

1. Leucorrea mal oliente.
2. Dolor pélvico.
3. Fiebre.
4. Sangrado.

El criterio de alta posterior al procedimiento por la Crioterapia es realizar al año de tratamiento un PAP y una Colposcopia y que esta esté negativa.⁶

F. Instrucciones para pacientes después de crioterapia del cuello uterino:

- Después del tratamiento casi todas las mujeres presentan un flujo vaginal espeso por 14 a 28 días.
- Algunas usuarias pueden tener un ligero sangrado o dolor tipo cólico.
- No deberá colocarse nada en la vagina, ni usar duchas vaginales en los siguientes 28 días.
- No deberá tener relaciones sexuales por un mes y si es posible que la pareja use condón o preservativo por tres meses. (Durante el período de curación está más susceptible de contraer enfermedades transmisibles sexualmente).
- Si el flujo se hace maloliente y/o se acompaña de dolor tipo cólico, por favor visite el centro de salud de su comunidad.
- Regrese a consulta en 4 semanas para control.
- Evaluar el uso de cicatrizante (no debe hacerse una rutina).
- Cualquier duda que tenga háganosla saber, que gustosamente le proporcionaremos información necesaria.
- Acuda a control en la fecha programada.⁶

Complicaciones: En la mayoría de los casos el VPH desaparece por sí solo y no causa ningún problema de salud.

70 % de las infecciones desaparecen en 1 año y el 90 % en 2 años.

Cuando la infección persiste —entre el 5 y el 10%— existe el riesgo de desarrollar lesiones precancerosas.

Este proceso normalmente lleva entre 15 y 20 años, dando muchas oportunidades a la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas, a menudo con altas tasas de curación.

Cuando el VPH no desaparece, puede causar problemas de salud como:

Verrugas genitales

Pequeños bultos o grupos de bultos en la zona genital.

Pueden ser pequeñas o grandes, planas o elevadas, o tener forma de coliflor.

Más de medio millón de personas en todo el mundo desarrollan verrugas genitales cada año.⁶

Histerectomía: es un procedimiento quirúrgico donde se extirpa el útero.

A veces una histerectomía incluye la extirpación de uno o ambos ovarios y las trompas de Falopio.²²

Indicaciones

Cáncer del útero, con mayor frecuencia cáncer endometrial

Cáncer de cuello uterino.

displasia cervical que puede llevar a cáncer

Cáncer ovárico

Dolor crónico (prolongado) de la pelvis

Endometriosis grave que no mejora con otros tratamientos

Sangrado vaginal intenso y prolongado que no puede controlarse con otros tratamientos.²¹

Recidiva:

El término se usa para nombrar al resurgimiento de un trastorno de la salud cuando ya se había superado. En caso concreto recidiva, es la reaparición de la enfermedad tiene lugar cuando la convalecencia ya había quedado atrás.²³

Recurrencia: es lo que aparece nuevamente después de un cierto periodo.²³

Progresión: continúa creciendo o diseminándose.²⁴

EVOLUCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

En dos años el 57% de los pacientes con CIN1 vuelven a la normalidad, el 32% persiste la lesión, un 10% progresan a carcinoma in situ y un 10% a cáncer invasivo.

En dos años el 50% de los pacientes con CIN/2 vuelven a la normalidad. En el 32% de los casos persiste y en 18% progresa a CIN/3 o a cáncer. Este puede ser carcinoma de células escamosas que es el 75% de los casos y el 25% son adenocarcinomas. De las células glandulares del endocérvix.

En dos años los pacientes con CIN/3 el 32% vuelven a la normalidad, persiste en menos del 56% y en más del 12% progresan a cáncer de cérvix in situ o invasivo.

La progresión depende de la edad de la paciente y de la carga vírica del VPH.²⁰

VII. MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: se realizará un estudio descriptivo, de corte transversal

Área de estudio: consulta externa de Ginecoobstetricia durante el periodo de estudio junio 2018 a junio 2019.

Universo:pacientes que asisten a la consulta ginecológica en el periodo junio 2018 a junio 2019.

Fuente de información: secundaria (expediente clínico)

Técnica de obtención de datos: se realizará a través de una ficha de recolección de datos

Criterios de inclusión:

Pacientes con vida sexual activa.

Expediente de pacientes que acuden a la consulta ginecológica con resultados de PAP alterado.

Pacientes que se realizaron el PAP en el período antes descrito.

Criterios de exclusión:

Pacientes con reporte de PAP normal

Plan de análisis:

Una vez recopilada la información, se tabulará a la base de datos utilizando el programa SPSS Statistic 25, para obtener los porcentajes y frecuencia, las cuales serán expuestas en tablas o gráficos.

Variables en estudio:

Objetivo N 1 Describir las características sociodemográficas de las usuarias.

- Edad
- Procedencia
- Estado civil
- Ocupación

Objetivo N2 enumerar los factores de riesgo asociados a la prevalencia del virus del papiloma humano.

- IVSA
- Numero de compañeros sexuales
- Número de partos
- Uso de anticonceptivos hormonales
- Comportamiento social.

Objetivo N3 Identificar los hallazgos citológicos en el método Screening (PAP).

Resultado:

1) Lesión Intra-epitelial Escamosa de Bajo grado (LIEBG) que incluye infección por HPV y NIC I (displasia leve) y

- 2) Lesión Intra-epitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ)

3) Células escamosas atípicas con significado indeterminado (ASC-US)

4)ASC-H Células escamosas atípicas (atypical squamous cells), no se puede descartar HSIL ASC-H

Objetivo N5 Mencionar el abordaje terapéutico de acuerdo a los hallazgos en los métodos diagnósticos utilizados.

Crioterapia

Histerectomía

Asa térmica

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADO

En el presente estudio realizado en el periodo de junio 2018 a junio 2019 se analizaron 193 expedientes de pacientes con reporte de PAP alterado que equivalen al 100%.

En el grupo etario de 15 -19 años presentaban 1 %de afectación, de 20 - 35 años 44%, edades mayores de 35 años 55%.

Con respecto al área geográfica, se encontró que el 65 % de las pacientes procedían del área Urbana, mientras que el 35% procedían del área Rural.

Nivel de escolaridad y ocupación se encontró que el 88% de las pacientes tenían preparación académica superior (profesional), el 7% comerciantes y 5% amas de casa

Estado civil de la paciente se encontró que el 14% están solteras, 4% viudas, Unión estable 34% y casadasel 48%.

Inicio de vida sexual activa se encontró a las menores de 15 años con un 3%,entre los 15–19 años 68% y de 20–35 años con 29%.

Número de compañeros sexuales el 48%tenían una pareja, 51% de las pacientes tuvieron de 2 a 5 compañeros sexuales, un 1% mayor de 5 compañeros sexuales.

Número de partos el 27% de las pacientes tuvieron un parto, el 57% tuvieron2–4 partos, mayor de 5 partos 8% y el 8% sin paridad.

Uso de anticonceptivos un 8% de las pacientes usaban anticonceptivos orales; 26% anticonceptivos inyectable mensuales, 21% inyectabletrimestrales, 11% DIU,34% no usaban.

Con respecto al uso de preservativo (Condón) solo el 22% de las pacientes usaban dicho método.

Comportamiento social de las pacientes no consumieron Alcohol, Drogas y Cigarrillo durante el periodo de estudio.

Este estudio revelo en cuanto a los hallazgos citológicos en PAP, las lesiones intra epiteliales de bajo grado (LIEBG)es de 92.2%, 3.5% presentaron lesión intra epitelial de alto grado (LIEAG) un 4.3%atipia escamosa de significado indeterminado (ASC-US).

Uso de método diagnóstico más específico para corroborar la patología se les realizó Colposcopia al 90.8% de las pacientes y Cono Biopsia a un 35.3% de las pacientes

En el abordaje terapéutico un 96% de las pacientes se les realizo Crioterapia, 3% se les realizo Histerectomía y un 1%se les realizo Asa térmica.

IX.DISCUSIÓN

En los resultados de este estudio se identificó que las mujeres de edades entre 15 y 19 años presentaban 1 % de afectación, con un porcentaje medio las edades de 20 a 35 años 44%, edades mayores de 35 años presentaron mayor afectación 55%. Nos indica que el grupo etario de mayor afectación esta en relación al mayor periodo de paridad por ende mayor exposición.

Con lo que se refiere al origen geográfico de las pacientes, se encontró que el 65 % de las pacientes procedían del área Urbana, mientras que el 35% procedían del área Rural. Esto se debe en parte a que el estudio se realizó en una clínica de referencia en un área urbana; y por otro lado al fácil acceso que presta esta unidad para la población urbana en comparación a la población rural.

En relación al nivel de escolaridad y ocupación se encontró que el 88% de las pacientes tenían una preparación académica superior (profesional), el 7% comerciantes y un 5% amas de casa. Esto se debe a que es una atención diferenciada del sistema de salud (INSS) por eso estas pacientes las encontramos con alto nivel de escolaridad.

Respecto al estado civil de la paciente se encontró que el 14% están solteras, un 4% viudas, acompañadas un 34% y casadas el 48% de las pacientes. No se encontró relevancia como factor de riesgo para lesión cervical en este estudio.

En relación al inicio de vida sexual activa se encontró a las menores de 15 años con un porcentaje bajo de 3%, entre los 15–19 años con un alto porcentaje del 68% y las edades de 20–35 años con 29%. Este dato es de suma importancia para el desarrollo de patología cervical ya que es conocido el riesgo de LIE aumenta 26 veces más en las mujeres que iniciaron vida sexual a edad temprana ya que la ZT esta exo-cervical en este grupo etario

En relación al número de compañeros sexuales se encontró que el 48% tuvouna pareja y 51% de las pacientes tenían de 2 a 5 compañeros sexuales, un 1% mayor de 5

compañeros sexuales. Esto tiene una relación directamente proporcional el número de compañeros sexuales con el riesgo de infección por VPH. Teniendo en cuenta que esto tiene similitud en un estudio realizado en el año 2017 por Blanco Rocha.³

En relación al número de partos el 27% de las pacientes tenían un parto, el 57% tenían de 2–4 partos, mayor de 5 parto 8% y el 8% no tenían hijos. Aún no se han determinado las razones fisiológicas de esta relación; sin embargo, se ha considerado que los cambios hormonales relacionados con el embarazo, como el estado de inmunosupresión fisiológica que este induce y los traumatismos cervicales en el momento del parto pudiesen tener alguna relación con el desarrollo de una lesión pre-maligna.

Con lo que se refiere al uso de anticonceptivos hormonales, un 8% de las pacientes usaban anticonceptivos orales; 26% usaban anticonceptivo inyectable mensual, un 21% inyectable trimestrales, un 11% usaban dispositivo intrauterino, un 34% no usaban.

Los anticonceptivos hormonales combinados tienen una relación con ectopia cervical y alteraciones en la zona de transformación y así, un mayor riesgo de adquirir una infección por VPH, por consiguiente, un aumento en el riesgo de Ca-Cu. El dispositivo intrauterino causa una inflamación local que puede modificar el estatus inmunológico local de la mucosa y con ello el curso de las infecciones por VPH.

Con respecto al uso de preservativo (Condón) un 22% de las pacientes si lo usaban. Según la OMS el uso sistemático y correcto del preservativo reduce el riesgo de contraer una ITS en un 98%, por lo que tiene relación encontrar lesiones por VPH en las que no lo usaban. Por lo cual encontramos un número reducido tan solo el 22% de las pacientes se protegían con este método.

Respecto al comportamiento social de las pacientes ninguna consumía Alcohol, Drogas y cigarrillo ya que son factores de riesgo importante para el desarrollo de una lesión cervical.

Este estudio revelo en cuanto a los hallazgos citológicos en el PAP, las lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG) fue más frecuente en toda la población en estudio con

un 92.2%, un 3.5% presentaron lesión intra epitelial de alto grado (LIEAG) un 4.3 % atipia escamosa de significado indeterminado (ASC-US).

Otros medios diagnósticos para corroborar la patología se les realizó Colposcopia al 96 % de las pacientes y Cono Biopsia a un 35.3% de las pacientes. Al totalizar el porcentaje, no consta del 100%; teniendo en cuenta que hay pacientes que se le realizaron los dos procedimientos.

En cuanto al abordaje terapéutico un 90.8 % de las pacientes recibieron Crioterapia, 3% se les realizo Histerectomía y un 1% se les realizo Asa térmica.

El abordaje terapéutico encontrado fue el correcto según las normas y protocolo de manejo.

X.CONCLUSIONES

Las pacientes en investigación se encontraban que la prevalencia del virus del papiloma humano está presente en las edades mayores de 35 años, casadas, con alto nivel académico, y de procedencia urbana.

Se identificó a las pacientes con vida sexual activa 15-19 años 68%, 2-5 compañeros sexuales 51%, en su mayoría multíparas con 57%.

Abordaje terapéutico un 96% de las pacientes recibieron Crioterapia, teniendo relación con la alta prevalencia de lesiones Intra-epiteliales de bajo epiteliales.

La prevalencia del virus del papiloma humano es de 2 por cada 100 pacientes.

XI. RECOMENDACIONES

Personal médico:

Enfatizar en el correcto llenado de ficha de PAP.

Promocionar la protección Dual.

Elaborar campañas de concientización sobre VPH y sus complicaciones.

Identificación exacta de los casos para seguimiento y control.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arteaga, Martinez. (et tal). In Arteaga M(t. PAPILOMAVIRUS HUMANO (VPH), CARACTERSTICAS Y DETECCIN. Belgica: (s.e); febrero 2017. p. 76.
2. Trujillo, Dominguez. Trujillo, Dominguez. Prevalencia del virus del papiloma humano en mujeres con citología negativa. 2017 Enero-Marzo; 43.
3. Blanco. R. "tesis" (pasgrado en ginecologia y obstetricia). In R B. Correlación entre la Infección por Virus del Papiloma Humano Genotipo 16, 18, 33. Managua : (s.e); 2017. p. 49.
4. Jiron A, Loaisiga y Lopez. "Tesis" (para obter titulo medico general). In Factores asociados al Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres que se. Managua: (s.e); 2015. p. 56.
5. Gonzalez R, Moreno y Lastenia. "Tesis" (obter el titulo licenciatura en enfermeria). In Factores socioeconómicos y culturales asociados con la infección por. Leon : (s.e); Junio 2008. p. 44.
6. Minsa, Nicaragua, N.037. In "PROTOCOLO DE PREVENCION DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO A TRAVÉS DEL TAMIZAJE CON INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVVA) Y TRATAMIENTO CON CRIOTERAPIA". Managua: (s.e); abril 2010. p. 12-38.
7. Oviedo, Arpaia. (et al). In Oviedo A(a. FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON INFECCIÓN. ciudad de Puerto Cabello, Venezuela.: (s.e); 2004. p. 343-346.
8. Alarcón, D. Biología y Conservación de Vertebrados. [Online].; veracruz, Mexico 2019. Available from: <https://www.inecol.mx/inecol/index.php/es/2013-06-05-10-34-10/17-ciencia-hoy/436-que-son-los-virus-y-como-funcionan>.
9. Fernandez, Manzuar.(et, al). In Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. Argentina: (s.e); Enero, 2014. p. 32.
- 10 Uchicago Medicine. Biopsia de cuello uterino. [Online].; 2016 [cited 2016 Enero 7. . Available from: <http://healthlibrary.uchospitals.edu/content/tests-and-procedures-v0/biopsia-de-cuello-uterino/>.
- 11 instituto nacional de cancer. [Online]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/colposcopia>.
- 12 Introducción a la colposcopia: indicaciones, instrumental. [Online]. Available from: <https://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres04.pdf>.
- 13 INSTITUTO NACIONAL DE CANCER de los Institutos Nacionales de la Salud de . EE. UU. [Online]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/significado-cambios-en-cuello-uterino>.
- 14 varela S. CITOLOGIA CERVICAL. 2005;(6).
- 15 GEO SALUD SU SITIO DE SALUD EN LA WEB. [Online]. Available from: <https://www.geosalud.com/vph/transmision.vph.htm>.

- 16 MayoClinic. [Online].; 2018. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/abdominal-hysterectomy/about/pac-20384559>.
- 17 OPS, OMS,. EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO-VPH. [Online].; Feb 2019.
. Available from:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=hojas-informativas-3577&alias=32862-hoja-informativa-2-virus-papiloma-humano-vph-862&Itemid=270&lang=en.
- 18 Reseña histórica de la citopatología y los orígenes del papanicolaou. Anales de la Facultad de Medicina. 2001; Vol. 62(4).
- 19 Aristides Zamudio Andrade,1 Jorge Zepeda Zaragoza,2 Benigno Rodríguez Blanco,3 F. Rafael Tenorio Marañón4. Evaluación del Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de. 2001 enero-febrero; 44(1).
20. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH). [Online]. Available from:
<https://www.aego.es/enfermedades/vph>.

21. Medline plus. [Online]. [cited 2019 septiembre 03. Available from:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002915.htm>.

22. MAYO CLINIC. [Online].; 2018 [cited 2018 JUNIO 31. Available from:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/abdominal-hysterectomy/about/pac-20384559>.
23. Julián Pérez Porto y Ana Gardey. DEFINICIÓN.DE. [Online].; 2015 [cited 2015. Available from: <https://definicion.de/recidiva/>.

24. INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER. [Online]. Available from:
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/progresion-de-la-enfermedad>.

XIII. ANEXOS

ANEXO N°1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Prevalencia de Virus del Papiloma Humano en usuarias de clínica santa fe en el periodo junio 2018 a junio 2019

I. características sociodemográficas

1. edad: 15años -19 años
- 20años-35 años
- >35 años
2. Procedencia:
- Urbano R
3. Estado civil: soltera:casada
- Viuda:Unión estable:
4. Ocupación: ama de casa: estudiante
- Comerciante profesional

II. Factores de riesgo asociados

1. IVSA: < 15 años
- 15 – 19 años
- 20 – 35 años
2. numero de compañeros sexuales: 1 pareja
- 2– 5 parejas
- >5 parejas

3. Número de partos: 1parto—— 2–4 partos——
Mayor de 5 partos ——

4. Uso de anticonceptivos:

Gestágenos orales ____ Inyectables Mensuales____
Inyectables trimestrales Diu Ninguno ____

5. comportamiento social de riesgo:

Fuma: sí No

Drogas: sí No

Alcohol. Sí No

Preservativo: sí No

III. Hallazgos citológicos

Resultado: si o No

1) Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado (LIEBG) que incluye infección por HPV y NIC I (displasia leve) ——

• 2) Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ) ——

3) Células escamosas atípicas con significado indeterminado (ASC-US) ——

4) ASC-H Células escamosas atípicas (atypical squamous cells), no se puede descartar HSIL ASC-H. ——

IV. Abordaje terapéutico.

Crioterapia

Histerectomía

Asa térmica

ANEXO N° 2

Objetivo N 1. Describir las características sociodemográficas de las usuarias.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Está referida al tiempo de <u>existencia</u> de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	Años	15 – 19 20- 35 > 35
Procedencia	Se refiere al sitio donde vive la persona y el nivel de accesibilidad que tiene a los servicios públicos	Área	Urbano Rural
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Condición	Soltera Casada Unión estable Viuda
Ocupación	Tiempo empleado <u>para generar ingreso económico.</u>	Labor	ama de casa comerciante estudiante profesional

Objetivo N2.Enumerar los factores de riesgo asociados a la prevalencia del virus del papiloma humano.

Variable	Definición	Indicador	Escala
IVSA	Edad en que la paciente tuvo su primera relación sexual	Años	< 15 15 - 19 20 – 35
Número de compañeros sexuales	Cantidad de parejas que tuvo la paciente	Número	1 2 – 5 > 5
Número de partos	Numero de fetos vivos o muertos de la paciente	Total de partos	1 parto 2–4 partos Mayor de 5
Uso de anticonceptivos hormonales	Métodos que interfieren en la fecundación	Condición	Gestágenos orales Inyectables mensuales Inyectables trimestrales Diu Ninguno
Comportamiento social	Factores sociales que aumentan o no la contaminación por VPH.	Fuma Drogas Alcohol Preservativo	Si No Si No Si No Si

			No
--	--	--	----

Objetivo N3. Identificar los hallazgos citológicos en el método Screening (PAP).

Variable	Definición	Indicador	Escala
Hallazgo citológico en el PAP.	Resultado de sistema de Bethesda	Reporte de ficha	<p>Lesión</p> <p>1) Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado (LIEBG) que incluye infección por HPV y NIC I (displasia leve) y</p> <p>• 2) Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada,</p>

PREVALENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN USUARIAS DE CLINICA SANTA FE
MATAGALPA EN EL PERIODO JUNIO 2018 A JUNIO 2019.

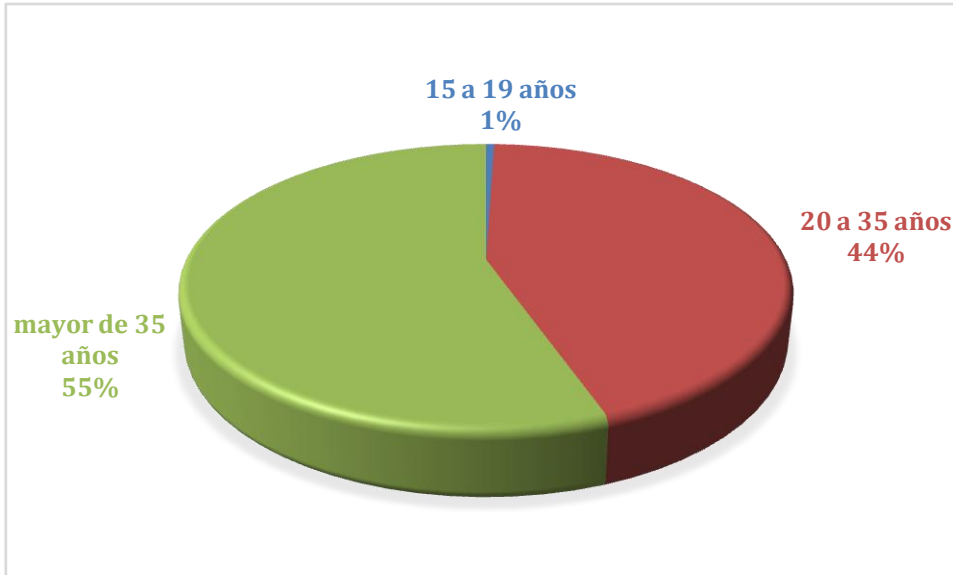
			<p>displasia severa y carcinoma in situ)</p> <p>3) células escamosas atípicas con significado indeterminado (ASC-US)</p> <p>4) ASC-H Células escamosas atípicas (atypical squamous cells), no se puede descartar HSIL ASC-H</p>
--	--	--	---

Objetivo N4. Mencionar el abordaje terapéutico.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Abordaje terapéutico	Conjunto de medios (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos u otros) cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.	Reporte de ficha	Crioterapia Histerectomía Asa térmica

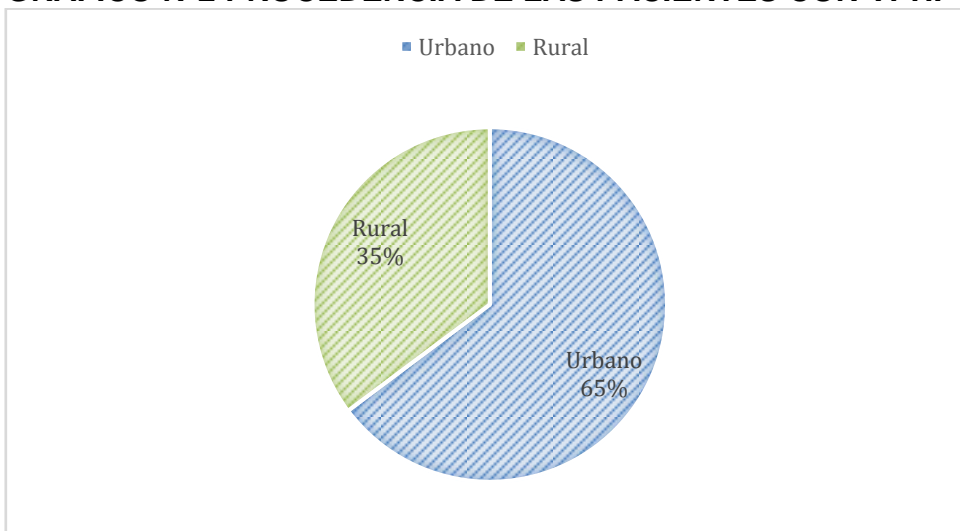
ANEXO 3

GRÁFICO N°1 EDADES DE LAS PACIENTES CON VPH.



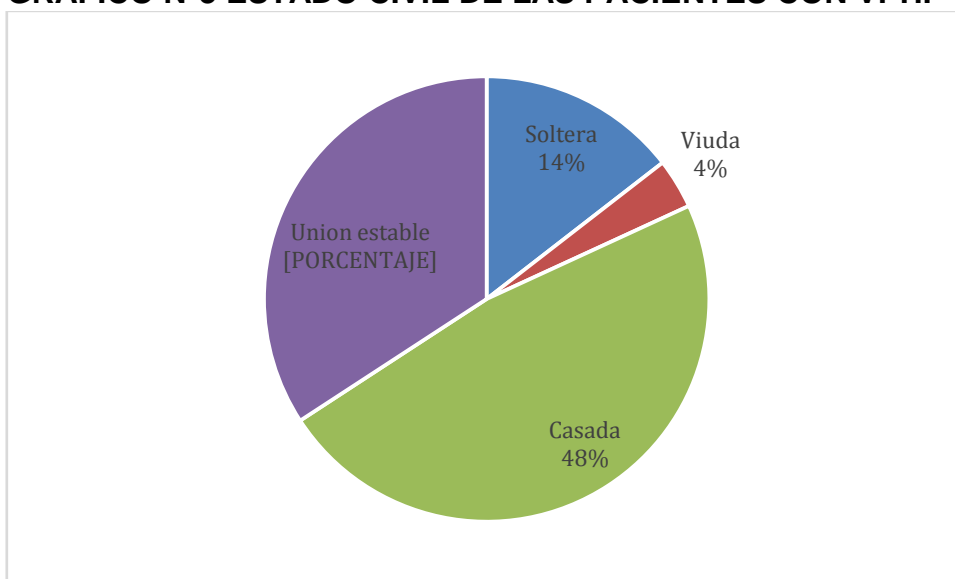
INTERPRETACIÓN: el 1% lo representan las edades de 15 a 19 años, 44% de 20 a 35 años, y el 55% mayores de 35 años.

GRÁFICO N°2 PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON VPH.



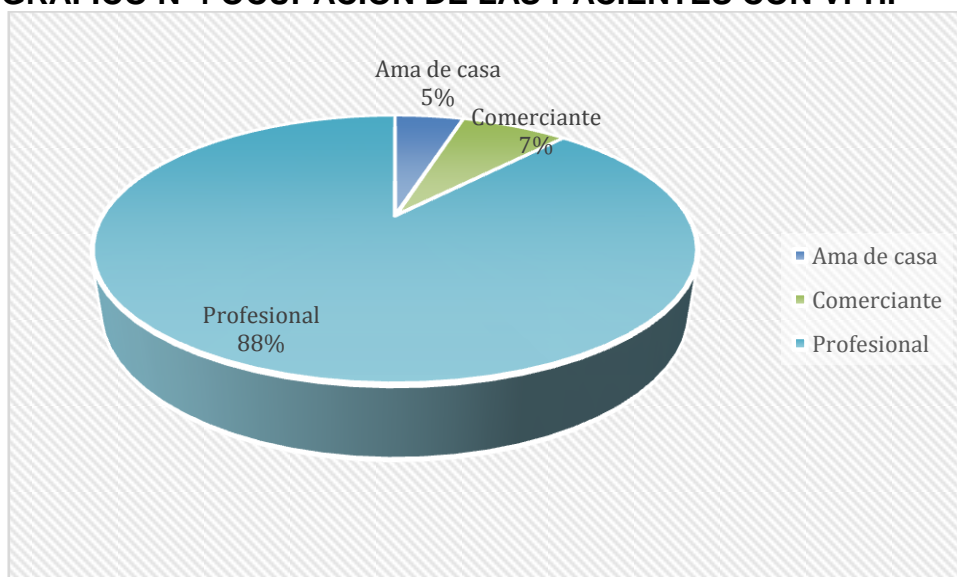
INTERPRETACIÓN: el 65% lo representa el área urbana, y 35% rural.

GRÁFICO N°3 ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON VPH.



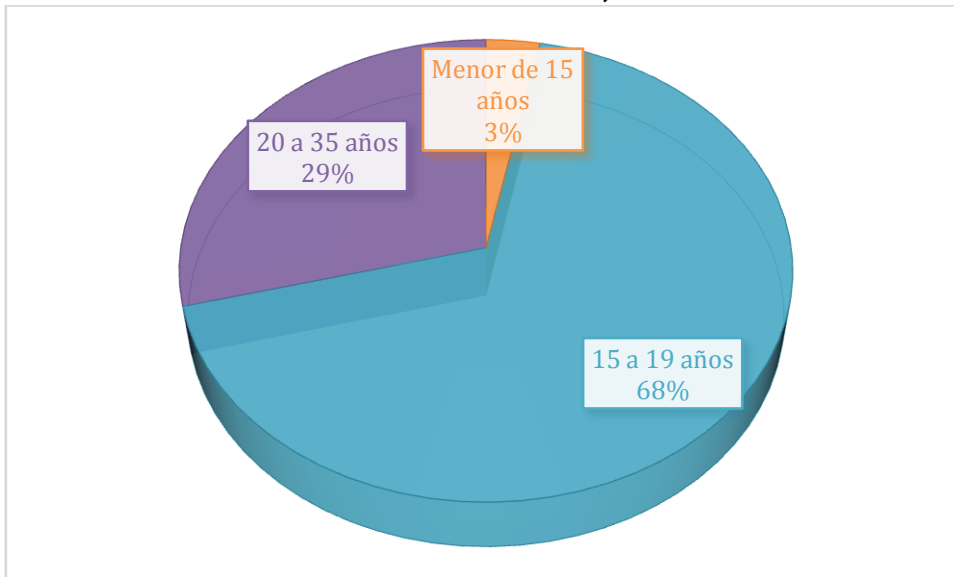
INTERPRETACIÓN: el 14% solteras, 4% viudas, 34% unión estable, 48% casadas.

GRÁFICO N°4 OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES CON VPH.



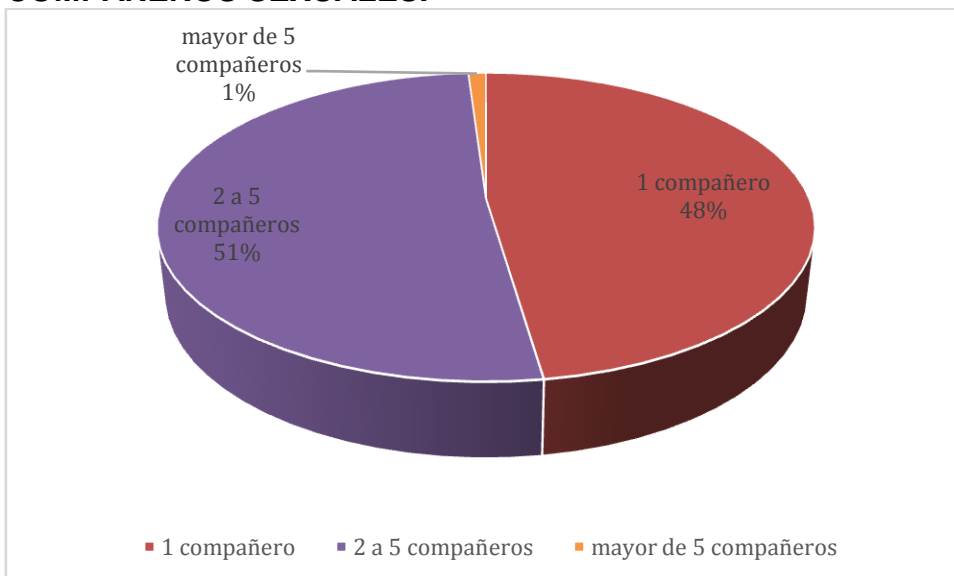
INTERPRETACIÓN: el 5% lo representan las ama de casa, 7% comerciante, y 88% profesionales.

GRÁFICO N°5 PREVALENCIA DEL VPH, SEGÚN INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA.



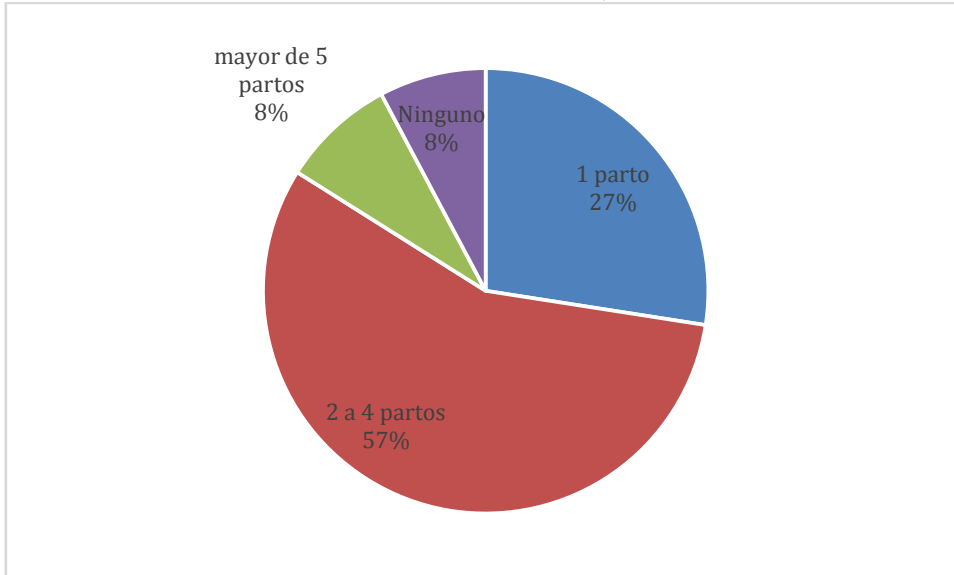
INTERPRETACIÓN: un 3% menores de 15 años, 68% de 15 a 19 años, 29% de 20 a 35 años.

GRÁFICO N°6 PREVALENCIA DEL VPH RESPECTO AL NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES.



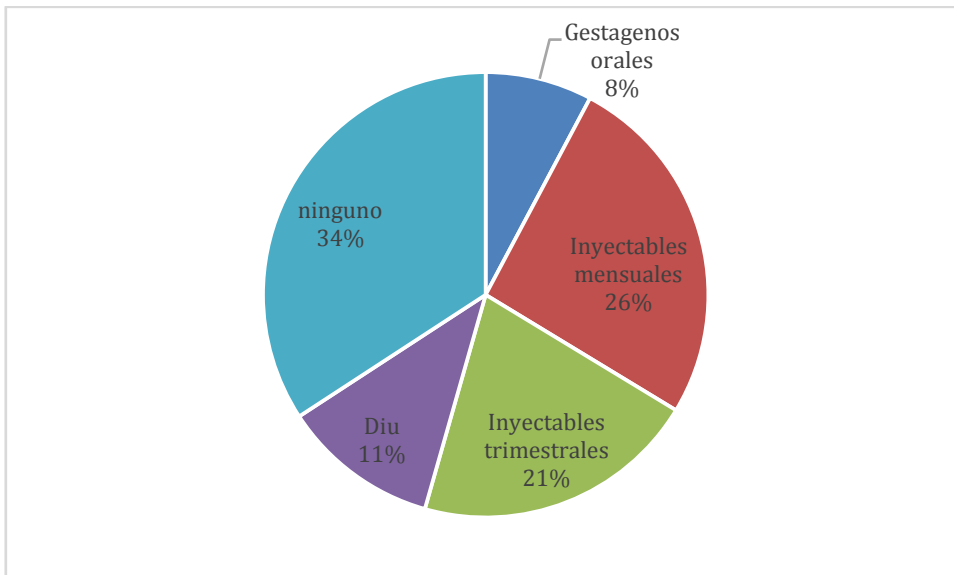
INTERPRETACIÓN: el 48% tuvieron un compañero sexual, 51% de 2 a 5, y el 1% mayor de 5.

GRÁFICO N°7 PREVALENCIA DEL VPH, RESPECTO AL NÚMERO DE PARTOS



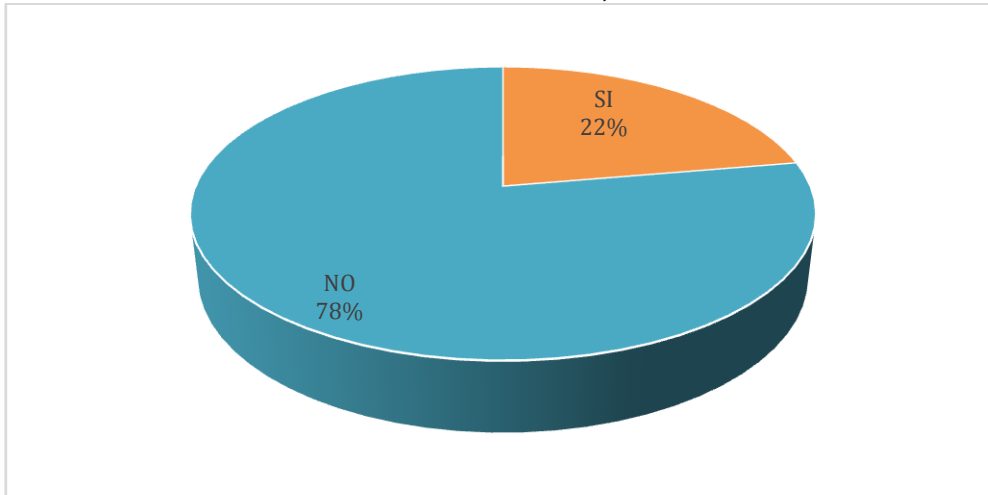
INTERPRETACIÓN: el 27% tuvieron un parto, el 57% de 2 a 4 partos, 8% mayor de 5 y el otro 8% sin paridad.

GRÁFICO N°8 PREVALENCIA DEL VPH, RESPECTO AL USO DE ANTICONCEPTIVOS.



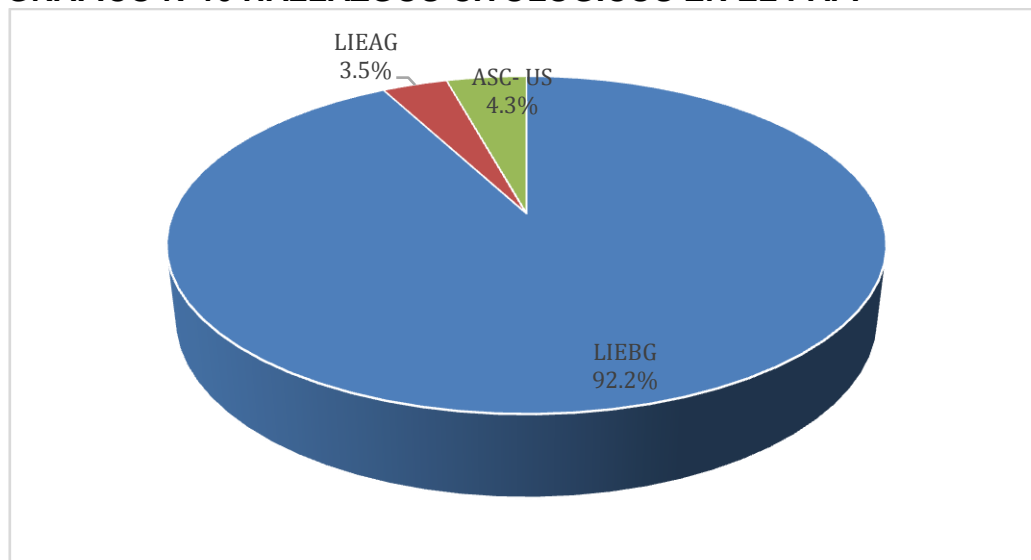
INTERPRETACIÓN: un 8% usaban Gestágenos orales, 26% inyectables mensuales, 21% inyectables trimestrales, 11% DIU, y un 34% no usaban.

GRÁFICO N°9 PREVALENCIA DEL VPH, RESPECTO AL USO DE PRESERVATIVO.



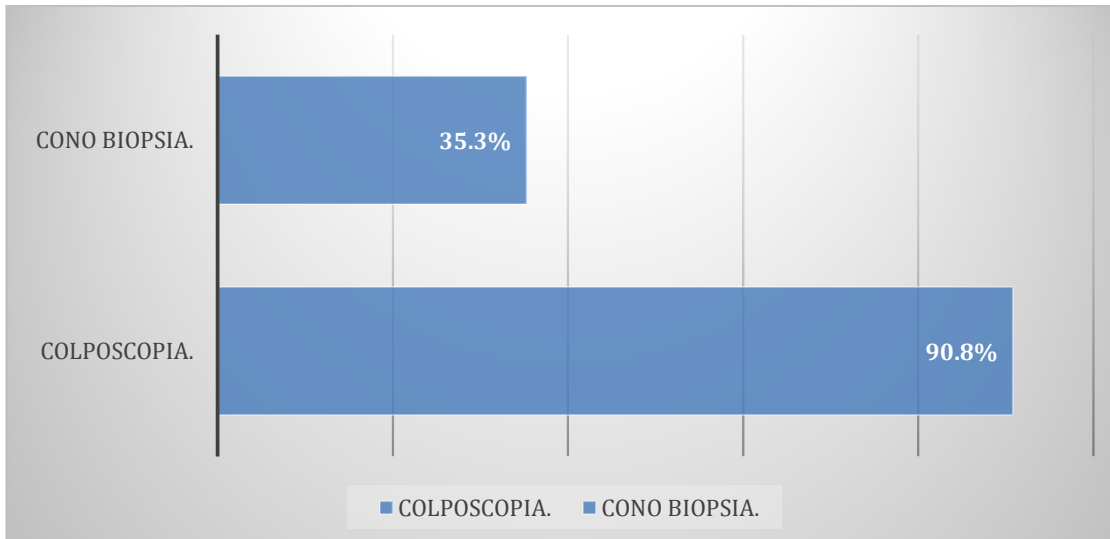
INTERPRETACIÓN: el 22% de las pacientes usaban preservativo.

GRÁFICO N°10 HALLAZGOS CITOLÓGICOS EN EL PAP.



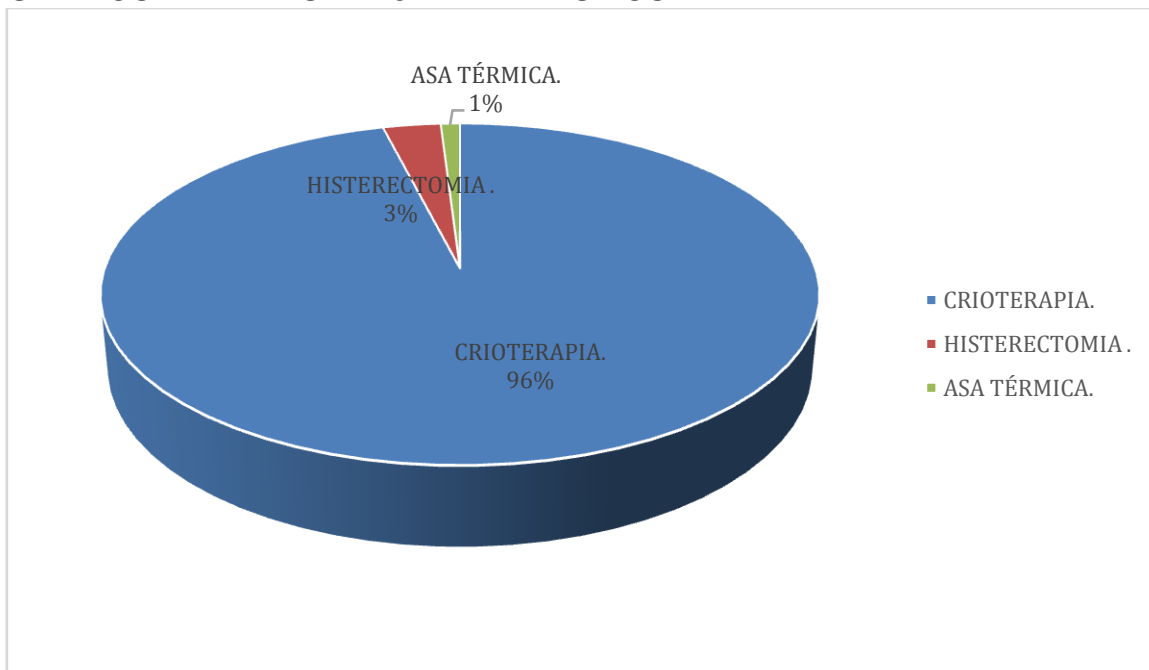
INTERPRETACIÓN: el 92.2% de las pacientes presentaron lesiones intraepiteliales de bajo grado, 3.5% lesiones intraepiteliales de alto grado, 4.3% atipia de células escamosas de significado indeterminado.

GRÁFICO N° 11 METODOS DIAGNÓSTICOS.



INTERPRETACIÓN: al 98% de las pacientes se les realizó colposcopia, y 35.5% cono biopsia.

GRÁFICO N° 12 ABORDAJE TERAPÉUTICO.



INTERPRETACIÓN: el 96% se les realizó crioterapia, 3% histerectomía, 1% asa térmica.

