



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**TEMA:  
FRECUENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO  
DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES DE 15 A 25 AÑOS  
ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD ENRIQUE C.  
SOTOMAYOR DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO  
DEL 2013.**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL  
TITULO DE OBSTETRA**

**AUTORA:  
HELEN MARISOL MOREIRA DEL BARCOS**

**TUTOR:  
DR. JORGE BANEGAS ZAMBRANO**

**GUAYAQUIL – ECUADOR  
AÑO 2013**

## **DEDICATORIA**

A mis padres y a mi esposo por ser los pilares fundamentales para mi vida ya que gracias a ellos soy una mujer emprendedora que lucha por sus objetivos y que siempre mira adelante para alcanzar la meta así haya tenido resbalones, en verdad que han sido mi apoyo incondicional todo este tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias al amor de ellos.

## **AGRADECIMIENTO**

- Le agradezco a Dios por su gran amor, bondad y por darme la sabiduría e inteligencia para poder realizar esta tesis y no solo eso sino el de poder haber cursado cada uno de los años académicos con su bendición.
- A mis padres y hermana que me ayudaron mucho con el cuidado de mi hija.
- A mi esposo por darme su apoyo incondicional en todo momento.
- A mi hija por ser el motivo de cada día esforzarme.
- A mi mamita Maura por ser un ser maravilloso, porque de muchas maneras me ha ayudado en mi superación y es la abuelita mas dulce del mundo.
- Al Dr. Jorge Banegas (Tutor) por su estímulo y dedicación a mi trabajo.
- A las pacientes que formaron parte de esta tesis, por su colaboración.
- Al Dr. Jorge Daher Nader por permitir mi ingreso a la maternidad.
- Al Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil y al Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor, instituciones a las que les debo mi formación profesional.



## **CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS**

Certifico que este trabajo de Tesis Titulado **“FRECUENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES DE 15 A 25 AÑOS. A REALIZARSE EN LA MATERNIDAD ENRIQUE C. SOTOMAYOR DESDE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013”** ha sido dirigido, asesorado, supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo, y dejo constancia de que es original de la autora **HELEN MARISOL MOREIRA DEL BARCOS** con **C.I. 0927054387**.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador.

---

**Dr. JORGE BANEGAS ZAMBRANO**

**DIRECTOR DE TESIS**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**  
**CERTIFICADO DE APROBACIÓN**

Esta tesis cuya autoría corresponde a la **SRTA. HELEN MOREIRA DEL BARCOS** ha sido aprobada, en la presente forma por el tribunal examinador de grado nominado por la **ESCUELA DE OBSTETRICIA** como requisito parcial para optar por el título de **OBSTETRA**.

---

OBST. JAZMÍN GRANDA

---

OBST. SONIA GÓMEZ

---

OBST. ANA MARÍA RUÍZ

---

SECRETARIA

<b>REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>		
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS</b>		
<b>TITULO Y SUBTITULO:</b> “FRECUENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES DE 15 A 25 AÑOS. A REALIZARSE EN LA MATERNIDAD ENRIQUE C. SOTOMAYOR DESDE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013”		
<b>AUTOR/ES:</b> HELEN MARISOL MOREIRA DEL BARCOS	<b>REVISORES:</b> JORGE BANEGAS ZAMBRANO	
<b>INSTITUCIÓN:</b> UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL	<b>FACULTAD:</b>  FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS	
<b>CARRERA:</b> ESCUELA DE OBSTETRICIA		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>N. DE PAGS:</b>	
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>		
<b>PALABRAS CLAVE:</b> Papiloma - Virus - Cáncer - Cérvix Uterino		
<b>RESUMEN:</b> El virus del papiloma es causa necesaria pero no suficiente para el cáncer de cérvix. Podemos afirmar que, sólo una fracción de las mujeres infectadas con el virus desarrollará más adelante un cáncer de este tipo. Hay factores que, con el virus como premisa, pueden beneficiar al <b>desarrollo tumoral</b> . La mayor parte de estas presenta una evolución benigna en el tiempo, pero el estudio de la persistencia de algunas de estas lesiones ha llevado a establecer y probar por algunos científicos su relación con el Cáncer de Cuello Uterino. En el mundo, el Cáncer Cérvico-uterino, correspondería a la segunda causa de mortalidad por Cáncer en mujeres.		
<b>N. DE REGISTRO (en base de datos):</b>	<b>N. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		
<b>ADJUNTO URL (tesis en la web):</b>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTORES/ES:</b>	Teléfono:0997555073	E-mail:jotita05@hotmail.com
<b>CONTACTO EN LA INSTITUCION:</b>	Nombre:	
	Teléfono:	
	E-mail:	

## ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁGI
DEDICATORIAS	I
AGRADECIMIENTO	II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	III
CERTIFICADO DE APROBACIÓN	IV
FICHA DE REGISTRO DE TESIS	V
ÍNDICE	
RESUMEN	
SUMMARY	
INTRODUCCIÓN AL TEMA	1
<b>1. EL PROBLEMA</b>	
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Formulación de objetivos	4
• Objetivo general	4
• Objetivos específicos	4
1.3 Hipótesis	
1.4 Variables	4
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Tipos de virus	5
▪ Clasificación del Virus del Papiloma Humano	6
▪ Según la intensidad de las alteraciones epiteliales se distinguen 3 grados de NIC	8
2.2 Cambios fisiológicos del cérvix en el embarazo	9
2.3 Citología anormal en el embarazo	9
2.4 Colposcopia en la mujer embarazada	10
2.5 Manejo de la citología anormal en el embarazo	11
-Presencia De VPH En El Liquido Amniótico, Cérvix y Placenta	12

2.6	Condilomas en el Embarazo	13
•	Manejo de Condilomas Acuminados en el Embarazo	13
2.7	Complicaciones del Tratamiento	14
▪	¿Qué se aconseja para prevenir el contagio?	14
2.8	Términos utilizados de lesiones de las células infectadas por VPH	15
<b>3.</b>	<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b>	
3.1	Materiales	17
3.1.1	Localización	17
3.1.2	Periodo de Investigación	17
3.1.3	Recursos Empleados	17
3.1.3.1	Humanos	
3.1.3.2	Físicos	
3.1.3.3	Económicos	17
3.1.4	Universo y Muestra	
3.1.4.1	Universo	17
3.1.4.2	Muestra	18
3.2	Método	18
3.2.1	Tipo de Investigación	18
3.2.2	Diseño de Investigación	18
3.2.3	Procedimientos de Investigación	18
3.2.4	Análisis de la Información	18
3.2.5	Criterios de Inclusión/ Exclusión	
3.2.5.1	Criterios de Inclusión	18
3.2.5.2	Criterios de Exclusión	18
<b>5.</b>	<b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	19

<b>6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
6.1 Conclusiones	28
6.2 Recomendaciones	29
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>30</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>31</b>

## RESUMEN

El virus del papiloma es causa necesaria pero no suficiente para el cáncer de cérvix. Podemos afirmar que, sólo una fracción de las mujeres infectadas con el virus desarrollará más adelante un cáncer de este tipo. Hay factores que, con el virus como premisa, pueden beneficiar al **desarrollo tumoral**. En la larga historia de las Infecciones de Transmisión Sexual, hoy debemos destacar al Virus Papiloma Humano como el responsable de una de las más frecuentes ITS. La mayor parte de estas presenta una evolución benigna en el tiempo, pero el estudio de la persistencia de algunas de estas lesiones ha llevado a establecer y probar por algunos científicos su relación con el Cáncer de Cuello Uterino. En el mundo, el Cáncer Cérvico-uterino, correspondería a la segunda causa de mortalidad por Cáncer en mujeres. El objetivo de esta investigación es determinar la frecuencia de infección por virus del papiloma humano en mujeres de 15 a 25 años embarazadas que asisten al Hospital Gineco-Obstétrico "ENRIQUE C. SOTOMAYOR". Se basa en un estudio descriptivo retrospectivo, no experimental en un universo de 239 embarazadas portadoras del virus del papiloma humano de las cuales 169 corresponde a las edades de 15 a 25 años, de este que corresponde al 70.7% de las muestra y de este la mayor frecuencia se observó 59 mujeres de 18 a 20 años con el 35%. Se observó además que el 50% iniciaron su primera relación sexual entre los 15 a 17 años de edad y el 70% son nulíparas. Estos resultados me permitieron diseñar una propuesta que va dirigida a la prevención de esta infección de transmisión sexual.

### PALABRAS CLAVES:

Virus del Papiloma Humano

Cáncer Cervico Uterino

## SUMMARY

Papilloma virus is a necessary but not sufficient for cervical cancer. We can say that, only a fraction of women infected with the virus will develop cancer later this guy. There are factors which, with the premise virus may benefit to tumor develop ment: In the long history of sexually transmitted diseases, today we highlight the Human Papilloma Virus as responsible for one of the most common STIs. Most of the se have a benign evolution in time, but the stud y of the persistence of some of these lesion shads been established and proven by some scientists their relation ship with Cervical Cancer. In the world, Cervical, uterine, correspond to the second cause of cancer mortality in women. The objective of this research is to determine the frequency of infection with human papilloma virus in women aged 15 to 25 pregnant women attending Obstetrics and Gynecology Hospital "ENRIQUE C. SOTOMAYOR ". It is based on a retrospective study, not experimental in a universe of 239 pregnant women carry the human papilloma virus which 169 corresponds to the ages of 15-25 years old, this corresponds to 70.7% of the sample and the most frequently observed 59 women 18 to 20 years with 35%. It was also noted that 50% began their first sex among 15-17 years old and 70% were nulliparous. These results allowed me to design a proposal that is aimed at the prevention of this sexually transmitted infection.

### KEY WORDS:

Papiloma Virus

Cancer Cervico Uterino

## **INTRODUCCIÓN**

La infección del cuello de útero por HPV es la causa más frecuente (99,8%) de cáncer. Las mujeres que no se someten a una pruebas de Papanicolaou, al menos una vez al año desde el inicio de las relaciones sexuales, para detectar células anormales o HPV tienen gran riesgo de padecer la enfermedad.

El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia de infección por Virus del Papiloma Humano en mujeres de 15 a 25 años embarazadas que asisten al Hospital Gineco-Obstétrico “ENRIQUE C. SOTOMAYOR” de Guayaquil, Ecuador desde Septiembre del 2012 hasta Febrero del 2013. Así mismo teniendo en cuenta que tuve que: Determinar la frecuencia del virus del papiloma humano en las gestantes de 15 a 25 años, establecer el porcentaje de usuarias que tienen conocimiento sobre el virus del papiloma humano, determinar el grado de aceptación familiar de las mujeres que son portadoras del virus del papiloma humano y diseñar un programa de prevención del virus del papiloma humano dirigido a las usuarias del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

El tipo de investigación es descriptivo analítico de corte transversal

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Uno de los descubrimientos más importantes en la investigación etiológica del cáncer de estos últimos 25 años ha sido la demostración de que el cáncer de cuello de útero está causado por el virus del papiloma humano (VPH). La evidencia científica acumulada a partir de estudios virológicos, moleculares, clínicos y epidemiológicos ha permitido demostrar y describir de forma inequívoca que el cáncer de cuello de útero es, en realidad, una secuela a largo plazo de una infección persistente por ciertos genotipos de VPH, un virus de transmisión primordialmente sexual. De esta manera, se determina que el cáncer de cuello de útero es el resultado final de una enfermedad venérea no resuelta. La implicación causal del VPH en el cáncer de cuello de útero está revolucionando las opciones preventivas de que se disponía hasta ahora, ofreciendo una oportunidad única para introducir nuevas estrategias de prevención primaria y secundaria basadas en el VPH.

Existe una preocupación debido al creciente aumento de las mismas y los efectos perjudiciales que tiene en la población. Este aumento se debe a la falta de educación sexual, relacionado con los cambios de hábitos sexuales (promiscuidad, homosexualidad, entre otros).

En la larga historia de las Infecciones de Transmisión Sexual, hoy debemos destacar al Virus Papiloma Humano como el responsable de una de las más frecuentes ITS. La mayor parte de estas presenta una evolución benigna en el tiempo, pero el estudio de la persistencia de algunas de estas lesiones ha llevado a establecer y probar por algunos científicos su relación con el Cáncer de Cuello Uterino. En el mundo, el Cáncer Cérvico-uterino, correspondería a la segunda causa de mortalidad por Cáncer en mujeres. Anualmente a nivel universal se diagnostican más de 450.000 casos, resultando en un total cercano a un cuarto de millón de muertes por esta causa secundaria a Ca de cérvix.

Su mayor rango de incidencia: mujeres de los 15 hasta los 45 años -siendo la franja de mayor riesgo la que comprende de los 15 a los 25-, que describen la curva, cada vez más temprana, de edad de inicio a la vida sexual entre las adolescentes y población joven. La desinformación sobre el virus y las formas de contagio, y la fragilidad del sistema inmunológico a estas edades, son las principales causas de esta endemia, que puede o no causar daños permanentes una vez se han desarrollado los Condilomas, unas pequeñas verruguitas que pueden presentarse tanto entre las chicas como los chicos, según sea la infección por VPH formadores de condilomas o VPH no formadores de condilomas.

Las infecciones por HPV (Virus del Papiloma Humano) en los genitales femeninos durante el embarazo generan muchas dudas tanto a la madre como al médico tratante.

Es sabido que existe la posibilidad de contagiar al recién nacido durante el parto, tratándose de una infección de difícil resolución denominado Papilomatosis Laríngea, justamente por la aparición de verrugas o papilomas en la laringe del niño. Los síntomas más característicos son ronquera y disnea dificultades para comenzar a hablar. También existe la posibilidad de contagio en otras partes del cuerpo, como ser la mucosa bucal, labios, aparato digestivo y vías aéreas en general. Cuando estas lesiones son visibles el diagnóstico de contagio en el parto se hace más fácil ya que la madre manifiesta que el hijo tuvo dichas lesiones desde el nacimiento.

## **1.2. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la frecuencia de infección por Virus del Papiloma Humano en mujeres de 15 a 25 años embarazadas que asisten al Hospital Gineco-Obstétrico “ENRIQUE C. SOTOMAYOR” de Guayaquil, Ecuador desde Septiembre del 2012 hasta Febrero del 2013.

## **1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ❖ Determinar la frecuencia del virus del papiloma humano en las gestantes de 15 a 25 años.
- ❖ Establecer el porcentaje de usuarias que tienen conocimiento sobre el virus del papiloma humano.
- ❖ Determinar el grado de aceptación familiar de las mujeres que son portadoras del virus del papiloma humano.
- ❖ Diseñar un programa de prevención del virus del papiloma humano dirigido a las usuarias del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

## **1.4 HIPOTESIS:**

Las embarazadas de 15 a 25 años que acuden a la consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor desconocen acerca del virus del papiloma humano?

## **1.5 VARIABLES**

### **1.5.1 VARIABLES INDEPENDIENTES**

- Edad cronológica
- Desconocimiento

### **1.5.2 VARIABLES DEPENDIENTES**

- Frecuencia de infección por el virus del papiloma humano

## 2. MARCO TEÓRICO

El virus del papiloma humano esta involucrado en la mayoría de las lesiones pre invasivas e invasivas del cérvix. Ambos tipos oncogénicos y no oncogénicos pueden complicar el embarazo. La infección por VPH con tipos oncogénicos puede conducir a una citología cervical anormal detectada durante el embarazo la cual requiere un diagnóstico oportuno y en casos indicados realizar tratamiento.<sup>1</sup>

El efecto del embarazo en la historia natural de la lesión intraepitelial cervical es controversial. Algunos autores reportan que el embarazo no modifica la progresión de las lesiones moderadas a severas, otros describen alto porcentaje de regresión en el postparto.

En un estudio de 138 mujeres con citología cervical anormal durante el embarazo, reportaron un porcentaje de regresión postparto en células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS) del 65%, en lesiones Intraepiteliales escamosas de 64% y en lesión intraepitelial escamosa de alto grado del 47%.<sup>1</sup>

En un estudio australiano en donde se incluyeron 811 pacientes con citología anormal anteparto, encontraron un porcentaje de regresión similar a Adhoot y colaboradores; pero reportaron un porcentaje de progresión del 7% a lesión intraepitelial de alto grado.

Hasta la fecha no existe evidencia de que los efectos del embarazo modifican la ineffectividad, prevalencia o persistencia de las infecciones por VPH.

### **Tipos de virus:**

Entre los más de 130 tipos del **virus del papiloma** que se han identificado, podemos establecer tres grandes categorías:

a.- Los localizados en la piel, causantes de las verrugas vulgares y las verrugas plantares.

b.- Los ubicados en la zona genital, causantes de verrugas genitales.

c.- Los localizados en la **zona genital**, asociados al desarrollo de un **cáncer de cuello de útero**.<sup>2</sup>

La conclusión es que de los 130 tipos de virus, solamente algunos son capaces de llegar a desencadenar un cáncer.

El virus del papiloma es causa necesaria pero no suficiente para el cáncer de cérvix. Podemos afirmar que, sólo una fracción de las mujeres infectadas con el virus desarrollará más adelante un cáncer de este tipo. Hay factores que, con el virus como premisa, pueden beneficiar al **desarrollo tumoral**:

- -Las mujeres que han tenido **7 o más embarazos**, tienen un riesgo 4 veces mayor de cáncer cervical que las nulíparas.
- -Las mujeres que han usado **anticonceptivos orales durante 10 o más años**, tienen un riesgo 4 veces superior que las que no los han usado.
- -Las **mujeres fumadoras** tienen un riesgo 2 veces mayor que las no fumadoras

### **Clasificación del Virus del Papiloma Humano:**

Los virus de papiloma humano se dividen en 3 grandes grupos dependiendo del riesgo que tienen de provocar lesiones cancerígenas: **Bajo Riesgo, Mediano Riesgo y Alto Riesgo.**

- ▣ Los de bajo riesgo son los más frecuentes y los menos agresivos: 6 y 11.
- ▣ Los de mediano riesgo (cepas 31, 33, 35, 51, 52).
- ▣ Los de alto riesgo son los más frecuentes y agresivos: 16 y 18.

### **Bajo Riesgo:**

Algunos tipos de VPH se conocen como de "**bajo riesgo**" porque no implican el riesgo de cáncer, pero el riesgo existe. Los tipos de VPH de bajo riesgo pueden causar cambios leves en el cuello del útero de una mujer. Estos cambios no conducen al cáncer. No son perjudiciales y desaparecen con el tiempo. Son el VPH **6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57.**

Los VPH que provocan verrugas genitales, también llamado Condiloma acuminado y cresta de gallo, están en este grupo.<sup>3</sup>

En ocasiones, este tipo de VPH también puede provocar cambios visibles en el área genital, hiperplásicos denominados verrugas genitales. Las verrugas genitales son crecimientos anormales del tejido de la piel que aparecen en la zona genital de hombres y mujeres. Por lo general no causan dolor. Pueden ser elevadas, planas, pequeñas o grandes, simples o múltiples. No se convertirán en cáncer. Se desconoce por qué el VPH de bajo riesgo causa verrugas genitales en algunos casos, pero no en otros que pueden terminar en CA.

### **Alto Riesgo:**

El segundo grupo de tipos de VPH genital se conoce como de "**alto riesgo**" porque estos tipos se asocian con el cáncer cervical e incluyen el VPH **16, 18, 39, 45, 56 y 58**. De estos tipos el VPH **16** y el **18** son, sin duda, los más importantes dado que se encuentran con más frecuencia vinculados al cáncer cervicouterino.

Por lo general, la infección de VPH de **alto riesgo** no causa problemas de salud a nadie. Pero, en ocasiones, la infección por este tipo de virus puede provocar cambios celulares. Con el tiempo, estos cambios celulares pueden conducir al cáncer, si no son tratados. Sólo la infección persistente de VPH de alto riesgo (aquella que no desaparece durante años) aumenta el riesgo de cáncer en las personas. <sup>3</sup>

Estos tipos de VPH de alto riesgo causan tumores en el cérvix que son, por lo general, planos y casi invisibles, comparados con las verrugas externas causadas por los VPH-6 y VPH-11 de bajo riesgo.

La neoplasia cervical intraepitelial se define (RICHART 1973) como un espectro de epitelios escamosos anormales que comprenden desde epitelios con alteraciones en la estructuración y maduración pero bien diferenciados (se corresponderían con el concepto clásico de displasia Leve) hasta epitelios con ausencia total de diferenciación

situados en la superficie o relleno de glándulas pero sin invasión (lo que se correspondería con el concepto clásico de carcinoma in situ).

**Según la intensidad de las alteraciones epiteliales se distinguen 3 grados de NIC:**  
**(anexo 2)**

- ❖ **NIC I:** Se correspondería a la Displasia Leve: las alteraciones solo afectan el tercio inferior del grosor total del epitelio.
- ❖ **NIC II:** o Displasia moderada; las alteraciones afectan de uno a dos tercios del grosor epitelial.
- ❖ **NIC III:** Correspondería a Displasia Grave y carcinoma In Situ; las alteraciones se extienden a todo el espesor del epitelio, sin rebasar la capa basal. <sup>4</sup>

Recientemente, al afirmarse la gran importancia del Papilomavirus en la etiología del cáncer escamoso del cuello y luego de la introducción de la clasificación citológica “Bethesda system ” en 1989, se ha propuesto por Richart (1990), una nueva clasificación, eludiendo el término neoplasia y trasladando a la histología la terminología citológica:

**1.- Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado, LIE, (NIC I)** se relaciona con cambios de un grupo de HPV heterogéneo que produce una lesión cuya evolución es impredecible. Suelen ser diploides o poliploides.

**2.- Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado, LIE, aneuploides,** (Corresponde a NIC II y III y carcinoma in situ) y contiene tipos de HPV de riesgo medio y elevado, siendo su comportamiento el de las lesiones precursoras.

**Esta última clasificación ha sido adoptada en la actualidad por la mayor parte de los patólogos.**

Las lesiones que muestran alteraciones celulares nucleares pero sin cambios sugerentes de atipia coilocítica o NICI se clasifican como ASCUS (ASCUS = *células escamosas atípicas de significado indeterminado*). <sup>5</sup>

### **CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL CERVIX EN EL EMBARAZO**

Existen cambios fisiológicos normales del embarazo que alteran la morfología cervical y dificultan la identificación de alteraciones. Se alteran los componentes celulares debido a la elevación de estrógenos. Se observan cambios en el cérvix tales como el aumento de la vascularidad, edema, hiperplasia de las glándulas, metaplasia inmadura, decidualización del estroma cervical y reacción Arias-Stella. <sup>9</sup>

- ❖ Fenómeno de Arias-Stella: Epitelio glandular muy excretor debido a un aumento de la estimulación estrogénica. Una anomalía de las células glandulares endocervicales con núcleos hipercrómicos que puede presentarse en un embarazo normal o ectópico. Cuando se produce este fenómeno, las células epiteliales aparecen llenas de vacuolas citoplasmáticas y con núcleos hipertróficos, hipercrómicos e irregulares. Las células pueden aparecer amontonadas y el cuadro hace pensar erróneamente en un proceso maligno. Este aspecto anatomopatológico se considera como una reacción peculiar a una hiperestimulación esteroidea del endocervix.

En 30% de las embarazadas ocurre decidualización del estroma en el segundo y tercer trimestre. Las reacciones deciduales pueden producir cambios notables en el contorno de la superficie y parecer sospechosos de lesión.

### **CITOLOGIA ANORMAL EN EL EMBARAZO (anexo 3)**

El embarazo es la oportunidad ideal para realizar un tamiz de neoplasia cervical, por lo que se recomienda realizar un Papanicolaou en la primera visita prenatal y otra a las seis semanas del postparto, lo que ha mostrado reducir el porcentaje de falso negativo. Sin

embargo la exactitud diagnóstica del Papanicolaou puede ser alterada debido a los cambios fisiológicos del embarazo.

La prevalencia de la citología anormal en el embarazo se estima de aproximadamente 0.5 a 3.0%. Los estudios realizados de PAP anormales, reportan los siguientes hallazgos citológicos durante el embarazo: abundancia de células deciduales degeneradas que pueden simular una lesión intraepitelial escamosa de alto grado, morfológicamente solo difieren por el mayor tamaño celular. El citotrofoblasto se distingue tan sólo por la presencia de un nucléolo prominente, también puede confundirse con lesión intraepitelial escamosa de alto grado, las células del sinciciotrofoblasto pueden confundirse con el VPH, la metaplasia inmadura se ve con frecuencia, y también puede tener una imagen similar a lesión intraepitelial escamosa de alto grado en una citología. Las células de reacción Arias-Stella con citoplasma vacuolado y núcleos atípicos agrandados con un nucléolo prominente puede imitar anomalías citológicas asociadas con Adenocarcinoma endocervical.

En un estudio retrospectivo de 1377 citologías de pacientes obstétricas reveló que las células endocervicales estuvieron presentes en solo 44.1% de las muestras prenatales en comparación al 82% de las muestras en las citologías postparto.

Todas las citologías anormales deben ser evaluadas de una forma similar al estado de no embarazo, siendo importante mencionar que no se deberá realizar curetaje endocervical en el embarazo, y no se repetirá el Papanicolaou en menos de 6 semanas postparto.

#### **COLPOSCOPIA EN LA MUJER EMBARAZADA (anexo 4)**

- ❖ Los principios de la colposcopia son los mismos que en las mujeres no grávidas.
- ❖ Los hallazgos en la colposcopia están relacionados a los cambios cervicales por el embarazo:
- ❖ Incremento en la friabilidad causada por la eversión del epitelio columnar
- ❖ Distorsión cervical por el empuje de la cabeza fetal
- ❖ Formación del segmento
- ❖ Aumento en los patrones vasculares

- ❖ Los cambios acetoblanco, puntillado, mosaico y vasos atípicos son similares tanto en mujeres embarazadas como en las no gestantes
- ❖ Existe dificultad para distinguir entre metaplasia inmadura y lesión intraepitelial escamosa de alto grado (efecto acetoblanco)
- ❖ Las lesiones fuera del cérvix o en la parte alta de la vagina son más difíciles de visualizar debido a la amplia unión escamocolumnar y el incremento en la laxitud vaginal.<sup>1</sup>

**Se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones en la colposcopia de la mujer embarazada:**

- ✚ La colposcopia debe ser realizada por un colposcopista experto
- ✚ La examinación no satisfactoria puede volverse satisfactoria en seis a 12 semanas o a las 20 semanas de gestación (migración de la zona de transformación)
- ✚ La biopsia se limita a un área anormal visible
- ✚ Se deberá tener material preparado en caso de sangrado por la toma de biopsia
- ✚ Reevaluación de la lesión por medio de Papanicolaou o colposcopia cada ocho a 12 semanas
- ✚ Solo se volverá a tomar biopsia en caso de que la lesión muestre evidencia de progresión
- ✚ Realizar como diagnóstico solo si existe duda de cáncer invasor.

Durante el embarazo debe realizarse biopsia en toda imagen sospechosa especialmente en sospecha de lesión intraepitelial de alto grado, de cáncer invasor o de lesión glandular; Las biopsias son más propensas a sangrar durante el embarazo pero pueden ser controladas con nitrato de plata, con solución de Monsel o presión local.

**MANEJO DE LA CITOLOGIA ANORMAL EN EL EMBARAZO**

El manejo de una mujer embarazada que presenta citología anormal puede ser dividido de acuerdo a los hallazgos citológicos e histológicos.

Se ha reportado que el riesgo de progresión global de NIC1 a NIC 3 es del 1% por año, y de NIC 2 a NIC 3 es del 16% en un lapso mayor de dos años.

La lesión persistente o progresiva diagnosticada en el postparto debe ser tratada de acuerdo al algoritmo usado en el estado no grávido.

### **PRESENCIA DE VPH EN EL LIQUIDO AMNIOTICO, CERVIX Y PLACENTA**

Se han identificado la presencia de elementos dentro de las regiones reguladoras de muchos tipos de VPH ano genitales, que responden a la progesterona. La expresión de genes celulares específicos pueden ser modulados inicialmente por las hormonas y posteriormente estos genes activados pueden modular la expresión de VPH en la célula; así se ha sugerido que en el VPH 16 responde a acción hormonal directa. Se reportado que la progesterona puede actuar sobre las células infectadas por VPH y causar una estimulación durante el embarazo que resulta en un incremento en el número de copias del genoma viral y proliferación de las células infectadas. <sup>5</sup>

Un estudio en 37 muestras de líquido amniótico, de estas 24 (64%) mostró DNA positivo para VPH. Parece que existe una correlación entre la presencia de DNA positivo para VPH en el líquido amniótico y las muestras histológicas. Esto sugiere que en una mujer embarazada que tiene lesiones cervicales por VPH confirmadas por histología tiene mayor probabilidad de transmitir el virus al feto.

La detección del DNA positivo para el VPH en el líquido amniótico parece ser independiente de la edad gestacional en la que la amniocentesis es realizada. La presencia de VPH positivo en el líquido amniótico indica que el virus tiene la capacidad de cruzar eventualmente la barrera placentaria. <sup>5</sup>

Las células mononucleares en la sangre materna no están infectadas, así que parece que la infección no se transmite por vía hematogena. Existen diferentes estudios que prueban que el porcentaje de transmisión a los neonatos que nacen por cesárea, es

menor que por nacimiento vaginal. Sin embargo no se ha comprobado que la cesárea previene la infección por VPH al feto, debido a que existe la posibilidad de transmisión in útero. Se reportó infección por VPH en células mononucleares en mujeres y en sangre del cordón umbilical de los neonatos.

La ruta por la cual el VPH infecta los compartimentos fetales tales como la sangre de cordón o el líquido amniótico no es conocida, un proceso de extensión local entre la vulva, cérvix y líquido amniótico puede ser otra posibilidad.

### **CONDILOMAS EN EL EMBARAZO**

El embarazo favorece la aparición de Condilomas en la región anogenital, ya que durante los dos primeros trimestres de la gestación, la inmunidad está disminuida contra el VPH, que explica la mayor frecuencia de persistencia de los mismos durante el embarazo. Pero esta pobre respuesta se recupera de forma intensa al principio del tercer trimestre y se acentúa en el post-parto, con una depuración muy alta de la infección. La frecuencia de condilomas en el embarazo oscila desde 1 al 3%. La localización mas frecuente es: vulvoperineal (65%), vaginal (15%) y en cérvix (20%).<sup>6</sup>

Las lesiones pueden ser asintomáticas o sintomáticas (prurito, descarga vaginal, sangrado, síntomas obstructivos en uretra, vagina o recto y dispareunia). Existen los siguientes tipos de condilomas: a) acuminado clásico (coliflor), b) queratinizante con superficie rugosa, c) micropapular y d) planas. Se deberá hacer diagnostico diferencial con: tejido microglandular y micropapular, molusco contagioso, Condiloma lata, lunares y cáncer.

### **MANEJO DE CONDILOMAS ACUMINADOS EN EL EMBARAZO**

Las verrugas genitales visibles pueden resolverse espontáneamente, permanecer igual o aumentar de tamaño. El objetivo de tratamiento es eliminar las verrugas sintomáticas.

***En mayoría de los estudios demuestra que los condilomas se deben de tratar dependiendo del:***

-  Tamaño (lesiones grandes )
-  Sintomatología (dolor, obstrucción o hemorragia)

 Número de condilomas

 Riesgo transmisión del VPH al infante aunque es rara, es preocupante para la mujer embarazada. <sup>6</sup>

Existen diversas modalidades de tratamiento, sin embargo durante el embarazo está indicado el láser, crioterapia, escisión local y la aplicación de ácido tricloroacético o bicloroacético al 80 o 90% el cual es aplicado a cada verruga y tiene porcentajes de depuración entre el 60 y el 80%. En la aplicación se desarrolla una capa blanca y el tratamiento se repetirá semanalmente. Está contraindicada durante el embarazo la podofilina, 5 fluorouracilo e imiquimod debido a sus efectos neurotóxicos, mielotóxicos y malformaciones en el feto.

### **COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO**

 Ruptura de membranas

 Parto prematuro

 Sangrado excesivo

 Infección

 Dolor en sitio tratado

 Edema

### **¿QUÉ SE ACONSEJA PARA PREVENIR EL CONTAGIO?**

- Utilización de preservativo en las relaciones sexuales que supongan riesgo de contagio.
- Quien crea que puede estar contagiado debe acudir al médico. En el caso de padecer la enfermedad deberá recibir tratamiento tanto la persona afectada como su o sus compañeros sexuales.
- La aparición de múltiples verrugas genitales de modo rápido puede indicar la existencia de un trastorno de la inmunidad, como por ejemplo el que provoca el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana, causante del sida). En esos casos debe acudirse cuanto antes al médico. <sup>8</sup>

## **Términos utilizados de lesiones de las células infectadas por VPH**

- **Intraepitelial:** Se refiere al interior de las capas superiores de la piel. (*intra* = en el interior, *epitelial* = capa superior).
- **Escamosas:** Se refiere a las células planas que se encuentran en la superficie de la piel. A medida que las células jóvenes surgen de las capas inferiores, se maduran y aplanan para convertirse en células escamosas. Al VPH le gusta alojarse en estas células.
- **Displasia:** Se refiere al crecimiento anormal de las células (*Dis* = anormal, *plasia* = crecimiento). Si las células de la piel no maduran adecuadamente debido a una infección de VPH, tienen un aspecto diferente en cuanto a su forma y su tamaño, lo cual resulta en displasia.
- **AIN\*** (*neoplasia intraepitelial anal*): Se refiere al crecimiento de nuevas células que se encuentran en la superficie del ano. Existen tres grados; AIN 1, el cual es un grado bajo con pocas células con displasia; AIN 2, el cual es moderado con más células con displasia, y AIN 3, el cual es de alto grado con toda, o casi toda, la superficie con displasia (también llamado CIS, ver a continuación).
- **CIN\*** (*neoplasia intraepitelial cervical*): Se refiere al crecimiento de nuevas células que se encuentran en la superficie del cuello uterino (cérvix). Igual que la AIN, existen tres grados: CIN 1, CIN 2 y CIN 3.
- **CIS** (*carcinoma in-situ*): Sencillamente, esto quiere decir “cáncer en el sitio”, lo que significa que se encuentran células cancerosas en las capas superiores de la piel y no más abajo en las capas inferiores de tejido blando.
- **SIL\*** (*lesión escamosa intraepitelial*): Se refiere a la presencia de tejido anormal en las capas superiores de la piel.
- **LSIL\*** (*lesión escamosa intraepitelial de bajo grado*): Se refiere a tejido en la superficie de la piel que contiene unas pocas células anormales. Con frecuencia, la LSIL desaparece por sí sola, aunque deben continuarse las pruebas de diagnóstico regulares.
- **HSIL\*** (*lesión escamosa intraepitelial de alto grado*): Se refiere a tejido en la superficie de la piel que contiene una cantidad de moderada a severa de células anormales. No se sabe cuáles tipos de HSIL se convierten en cáncer.

- **ASCUS\*** (*células escamosas atípicas de significado indeterminado*): Se refiere al tejido de la superficie de la piel que tiene algunas células anormales pero no las suficientes para llamarse displasia.
- **ASCH\*** (*células escamosas atípicas, que no pueden excluir HSIL*): Se refiere al tejido de la superficie de la piel que tiene células anormales similares a la HSIL, pero que no puede llamarse HSIL.
- **Cáncer**: Se refiere al alto nivel de células anormales encontradas en la superficie de la piel que siguen creciendo por sí solas. También llamado CIS.
- **Cáncer Invasivo**: Se refiere al diagnóstico de cáncer que se ha transferido a los tejidos blandos por debajo de la capa basal de la piel y quizás a otras partes del cuerpo.

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1 MATERIALES**

##### **3.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN**

El Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor se encuentra ubicado en las calles Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo, Guayaquil, Ecuador - Provincia del Guayas

##### **3.1.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN**

Septiembre del 2012 – Febrero del 2013

##### **3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS**

###### **3.1.3.1 HUMANOS**

1. Autora de tesis
2. Director de Tesis

###### **3.1.3.2 FÍSICOS**

1. Equipos y materiales de Oficina

###### **3.1.3.3 RECURSOS ECONÓMICOS:**

- La presente investigación tuvo un costo de \$319

##### **3.1.3 UNIVERSO Y MUESTRA**

###### **3.1.4.1 UNIVERSO**

Está conformado por todas las mujeres embarazadas (239), que consultaron e ingresaron a los Servicios de Hospitalización de la Maternidad Enrique C. Sotomayor, durante el lapso comprendido entre el mes de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.

### **3.1.3.1 MUESTRA**

La muestra es igual al universo y este representó las gestantes de 15 a 25 años que poseen el virus del papiloma humano y se utilizó los criterios de inclusión y exclusión.(169)

## **3.2 MÉTODOS**

### **3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Descriptiva analítica – retrospectiva de corte transversal

### **3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Es de tipo no experimental.

### **3.2.3 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

Se tomaron en cuenta las variables edad, antecedentes Gineco-Obstétricos de las pacientes (edad de la primera relación sexual y número de parejas sexuales).Las cuales constan el formulario de anamnesis y están corregidas por el tutor. (Anexo 5 y 6)

### **3.2.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

El estudio se realizó utilizando información recolectada mediante las encuestas de las pacientes embarazada con HPV desde Septiembre del 2012 hasta Febrero del 2013, las mismas que están tabuladas en cuadros y gráficos.

### **3.2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN**

#### **3.2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Embarazadas de 15 a 25 años con el Virus del Papiloma Humano.
- Embarazadas atendidas durante el periodo de septiembre a febrero.

#### **3.2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Embarazadas que no se encuentran dentro de la edad estimada.
- Embarazadas atendidas fuera del periodo de estudio

#### **4 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Una vez recolectados los datos, se procedió a la clasificación, tabulación y análisis estadísticos de los mismos, para la cual se utilizaron los índices estadísticos siguientes: Frecuencia absoluta y porcentajes, media aritmética para realizar el análisis cuantitativo.

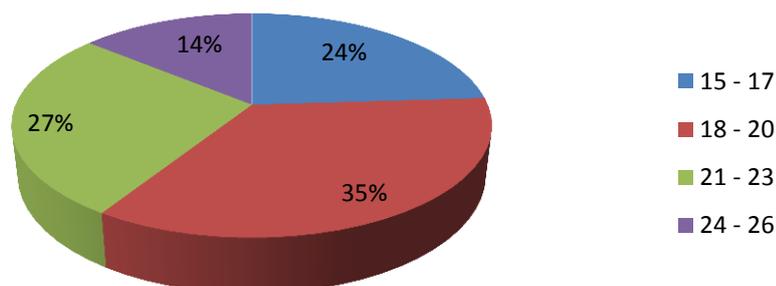
## CUADRO 1

### EMBARAZADAS DE 15 A 25 AÑOS CON HPV ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR

SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 17	40	24%
18 - 20	59	35%
21 - 23	46	27%
24 - 26	24	14%
TOTAL	169	100%

**GRÁFICO 1**  
**EMBARAZADAS DE 15 A 25 AÑOS CON HPV**



**AUTORA:** HELEN MOREIRA

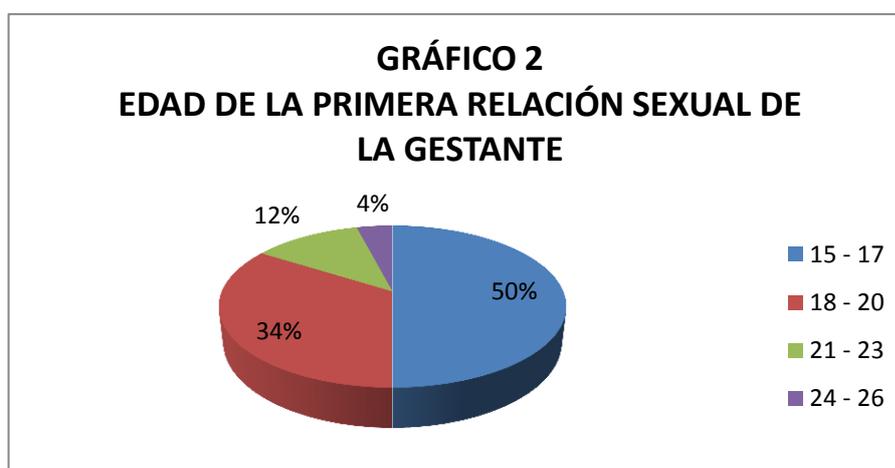
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Como se puede observar en el cuadro # 1 del gráfico 1 entre las edades de 15 a 17 años el porcentaje de embarazos con HPV es de un 24 % , entre los 18 y 20 años 35%, entre los 21 y 23 años un 27% y entre los 24 y 26 años 14%. Teniendo en cuenta que el riesgo de infección por hpv se da con mayor frecuencia en las embarazadas cuyas edades están entre los 18 y 20 años con un porcentaje elevado.

## CUADRO 2

### EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE LAS GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR

SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 17	84	50%
18 - 20	57	34%
21 - 23	21	12%
24 - 26	7	4%
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>100%</b>



**AUTORA:** HELEN MOREIRA

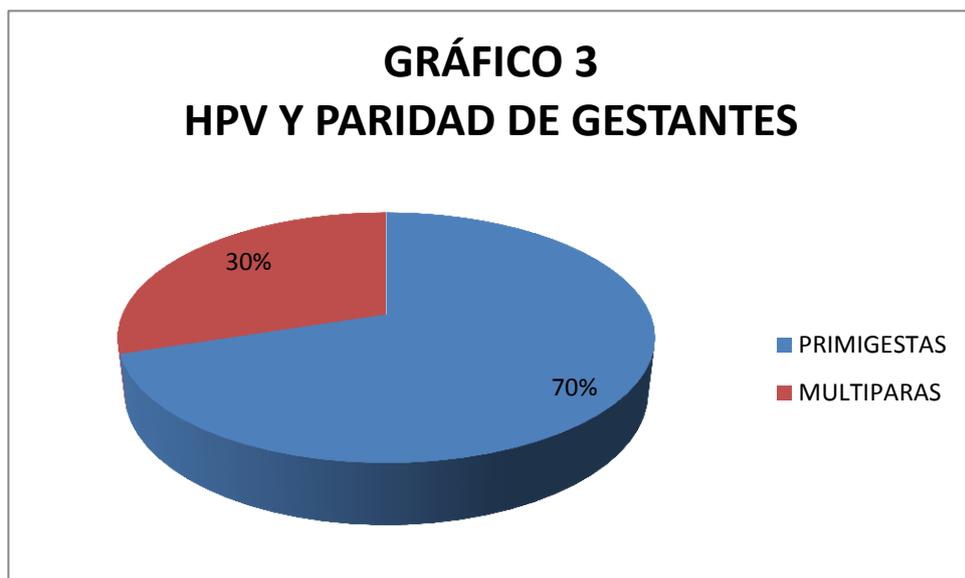
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Como se puede observar en el cuadro # 2 del gráfico 2 entre las edades de 15 a 17 años el porcentaje embarazadas que dijeron la edad de su primera relación sexuales de un 50% , entre los 18 y 20 años 34%, entre los 21 y 23 años un 12%y entre los 24 a 26 un 4%. Teniendo en cuenta que el riesgo de infección por hpv se da con mayor frecuencia en las embarazadas que iniciaron de una manera muy temprana su vida sexual con un 50% entre las edades de 15 a 17 años.

### CUADRO 3

#### HPV Y PARIDAD DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR

SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULÍPARAS	119	70%
MULTÍPARAS	50	30%
TOTAL	169	100%



**AUTORA:** HELEN MOREIRA

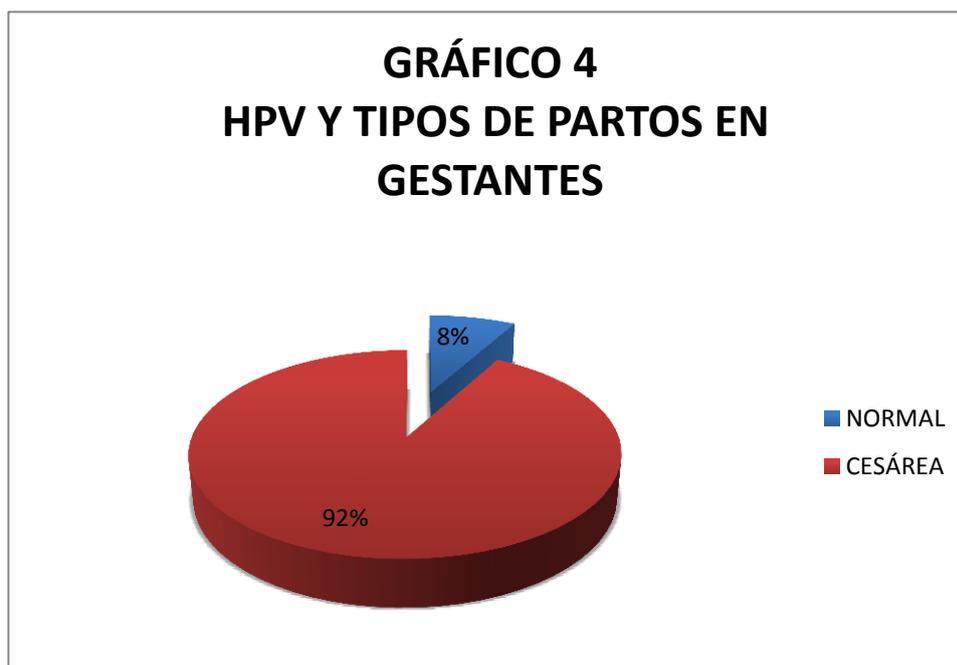
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Como se puede observar en el cuadro # 3 del gráfico 3 de un total de 169 ptes las primigestas con HPV están con un 70% mientras que las múltiparas con HPV tienen un 30%. Teniendo en cuenta que el riesgo de infección es más elevado en las primigestas con HPV.

## CUADRO 4

### HPV Y TIPO DE PARTO EN GESTANTES DE 15 A 25 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR

SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

TIPO DE PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	13	8%
CESÁREA	156	92%
TOTAL	169	100%



**AUTORA:** HELEN MOREIRA

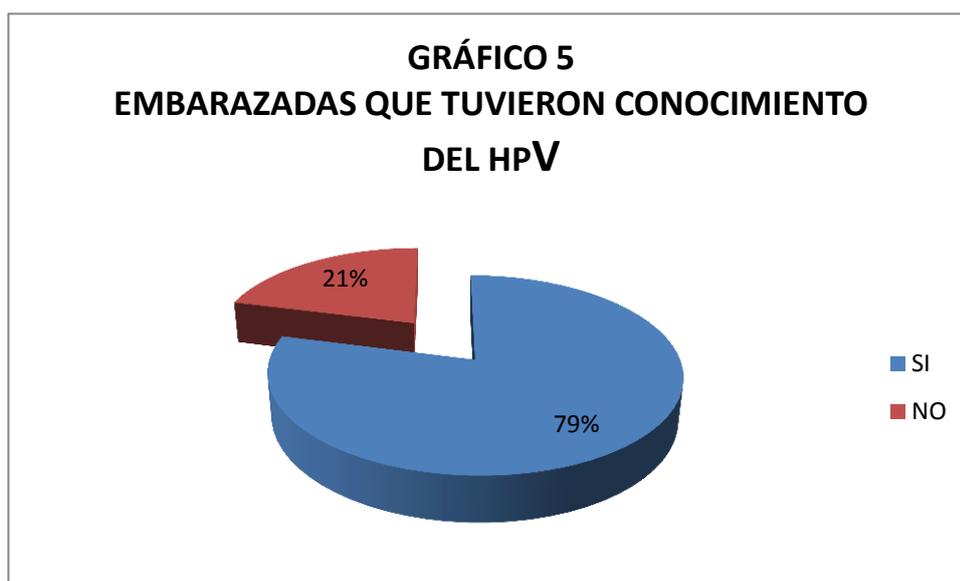
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Como se puede observar en el cuadro # 4 del gráfico 4 de un total de 169 ptes las gestantes que tuvieron su parto normal con HPV tuvo un promedio del 8% mientras que las gestantes con HPV que tuvieron su parto por cesárea fue de un 92%. Teniendo en cuenta que el riesgo de infección es mas elevado en las gestantes con hpv que tuvieron su parto normal.

## CUADRO 5

### EMBARAZADAS QUE TUVIERON CONOCIMIENTO DEL HPV Y ASISTIERON AL HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR

SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

CUADRO # 5		
CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	133	79%
NO	36	21%
TOTAL	169	100%



**AUTORA:** HELEN MOREIRA

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Como se puede observar en el cuadro # 5 del gráfico 5 de un total de 169 ptes las gestantes que si tuvieron conocimientos sobre el HPV es de un 79% mientras que las gestantes que no tuvieron conocimientos sobre el fue de un 21%. Teniendo en cuenta que el riesgo de infección es mas elevado en las gestantes que si tuvieron conocimientos del HPV.

## CUADRO 6

### GESTANTES QUE SE REALIZARON PAP EN EL HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR

SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

PAP	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	74	44%
NO	95	56%
TOTAL	169	100%



**AUTORA:** HELEN MOREIRA

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Como se puede observar en el cuadro # 6 del gráfico 6 de un total de 169 ptes las gestantes que si se realizaron PAP es de un 44% mientras que las gestantes que no se realizaron PAP es de un 56%. Teniendo en cuenta que el riesgo de infección es más elevado en las gestantes que no se realizaron PAP.

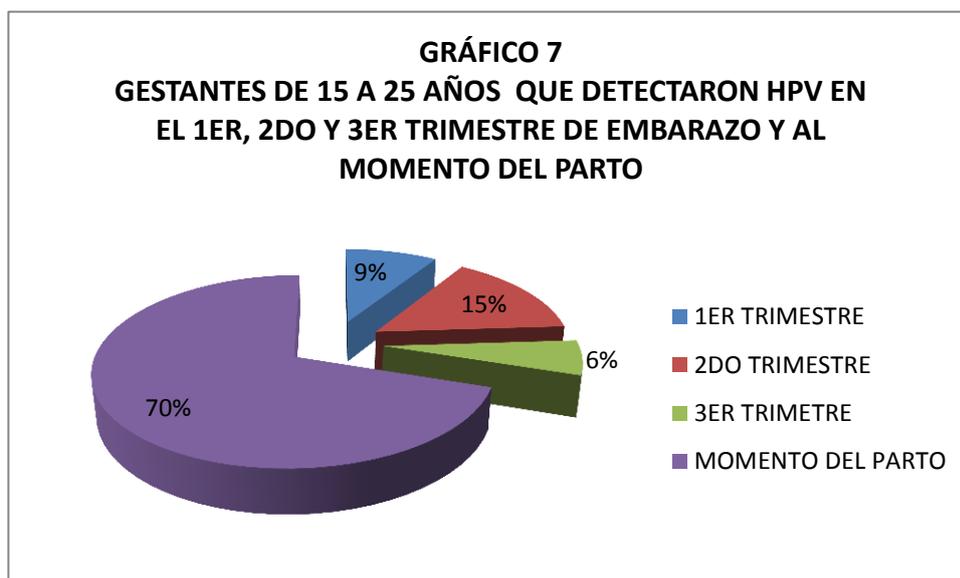
## CUADRO 7

GESTANTES DE 15 A 25 AÑOS QUE DETECTARON HPV EN EL 1ER, 2DO Y 3ER TRIMESTRE DE EMBARAZO Y AL MOMENTO DEL PARTO Y ASISTIERON AL

HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR

SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1ER TRIMESTRE	15	9%
2DO TRIMESTRE	25	15%
3ER TRIMESTRE	10	6%
MOMENTO DEL PARTO	119	70%
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>100%</b>



**AUTORA:** HELEN MOREIRA

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Como se puede observar en el cuadro # 7 del gráfico 7 de un total de 169 ptes tenemos que entre las gestantes que descubrieron HPV en el 1er trimestre es de un 9%, en el 2do trimestres de 15%, 3er trimestre 6% y al momento del parto un 70%. Teniendo en cuenta que el riesgo de infección se da con mayor frecuencia en las gestantes que se les descubrió HPV al momento del parto.

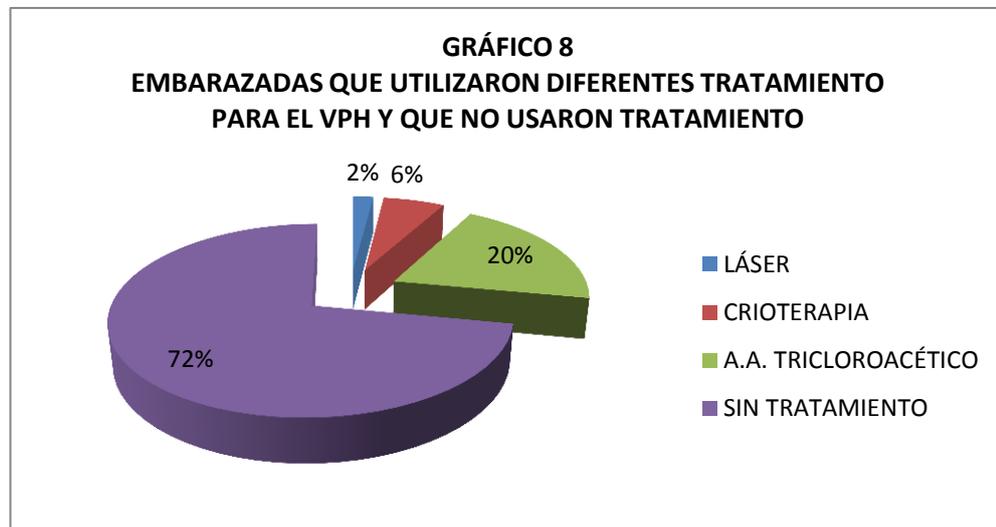
## CUADRO 8

### EMBARAZADAS QUE UTILIZARON DIFERENTES TRATAMIENTO PARA EL VPH Y QUE NO USARON TRATAMIENTO Y ASISTIERON AL HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR

SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

#### FRECUENCIA DE

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LÁSER	3	2%
CRIOTERAPIA	10	6%
A.A. TRICLOROACÉTICO	34	20%
SIN TRATAMIENTO	122	72%
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>100%</b>



**AUTORA:** HELEN MOREIRA

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:** Como se puede observar en el cuadro # 8 del gráfico 8 de un total de 169 ptes tenemos que entre las gestantes con HPV que utilizaron al láser como tratamiento es de un 2%, crioterapia 6%, aplicación de ácido tricloroacético 20% y las que no utilizaron tratamientos para el HPV es de un 72% . Teniendo en cuenta que el riesgo de infección se da con mayor frecuencia en las gestantes no utilizaron tratamiento alguno HPV.

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 CONCLUSIONES

- En el presente trabajo de investigación se demuestra que 169 pacientes presentan el virus del papiloma humano.
- El HPV (Virus del Papiloma Humano) como diagnóstico de ingreso en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor ocupan una alta incidencia, la cual las mujeres más expuestas a presentar la enfermedad fueron pacientes con edad comprendida entre 18 – 20 años con un 35%, de 22 a 23 con un 27% y de 15 a 17 con un 24%. Teniendo en cuenta que las que iniciaron las relaciones sexuales a temprana edad se da con mayor frecuencia entre las edades de 15 a 17 años con un 50%. Lo que conlleva al aumento de presentar complicaciones tanto maternas como fetales durante y después del embarazo.
- Por lo tanto es muy importante el papel que juega el control prenatal, sobre todo en aquellas mujeres embarazadas que no llevaron un control prenatal oportuno, ya que pudieron dar lugar a que la infección por el virus ponga en mayor riesgo su embarazo.
- En cuanto a las normas CONE (cuidados obstétricos y neonatales esenciales) observamos que estas no se cumplen al 100% como lo indica el Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2008 y Normas de la Junta de Beneficencia de Guayaquil tomando en cuenta que su aplicación en las embarazadas va encaminado a prevenir las posibles complicaciones materno-fetales.
- De esta manera concluyo que el conocimiento oportuno de esta enfermedad permitirá detectarlos de manera precoz y en algunos casos detener su evolución y evitar las complicaciones maternas y fetales.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

**Los resultados obtenidos permiten realizar las siguientes recomendaciones:**

- ❖ Motivar al personal de Obstetricia, tanto el comunitario como el asistencial al momento de la educación sanitaria con la finalidad de prevenir infecciones de transmisión sexual como el virus del Papiloma humano (VPH).
- ❖ Realizar talleres de enseñanza para profesionales de la salud, para que a su vez impartan los conocimientos adquiridos a las usuarias (os) que asisten a las instituciones hospitalarias.
- ❖ Realizar campañas de publicidad a través de los medios de comunicación.
- ❖ A nivel comunitario fortalecer y desarrollar programas educativos destinados a informar sobre la importancia de un Control Prenatal adecuado, que permita la identificación de pacientes con HPV y así realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con la finalidad de disminuir las complicaciones materno – fetales asociadas a enfermedad..

## 6. BIBLIOGRAFIA

### PÁGINAS DE INTERNET Y DESCARGAS:

1. [www.inper.mx/descargas/pdf/VPH.pdf](http://www.inper.mx/descargas/pdf/VPH.pdf)
2. MSP: Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva
3. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Prevenci%C3%B3n-De-Infecci%C3%B3n-Por-Hpv/2434838.html>
4. <http://www.buenastareas.com/materias/tesis-sobre-factores-asociados-a-virus-de-papiloma-humano/0>
5. <http://www.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010032444929/pediatria/enfermedades-transtornos-infantiles/cancer-de-cuello-de-utero-cervix/>
6. <http://www.todopapas.com/embarazo/salud-embarazo/virus-del-papiloma-humano-vph-y-embarazo-3444>
7. <http://www.thebody.com/content/art49863.html>
8. MSP: Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva
9. [http://books.google.com.ec/books?id=VGP2SmAESU8C&pg=PA142&lpg=PA142&dq=cual+es+la+reacci%C3%B3n+de+arias-stella+definicion&source=bl&ots=nGQP1ySmP2&sig=tmC\\_LHKK4JmRBr94X3wFH8aHPdE&hl=es-419&sa=X&ei=WjznUO28BYK49QS-kYGQCQ&ved=0CEQQ6AEwAzgK#v=onepage&q=cual%20es%20la%20reacci%C3%B3n%20de%20arias-stella%20definicion&f=tru](http://books.google.com.ec/books?id=VGP2SmAESU8C&pg=PA142&lpg=PA142&dq=cual+es+la+reacci%C3%B3n+de+arias-stella+definicion&source=bl&ots=nGQP1ySmP2&sig=tmC_LHKK4JmRBr94X3wFH8aHPdE&hl=es-419&sa=X&ei=WjznUO28BYK49QS-kYGQCQ&ved=0CEQQ6AEwAzgK#v=onepage&q=cual%20es%20la%20reacci%C3%B3n%20de%20arias-stella%20definicion&f=tru)
10. <http://www.buenastareas.com/ensayos/a-Porte-Sobre-Virus-De-Papiloma-Humano/415060.html>
11. <http://www.inper.mx/descargas/pdf/VPH.pdf>

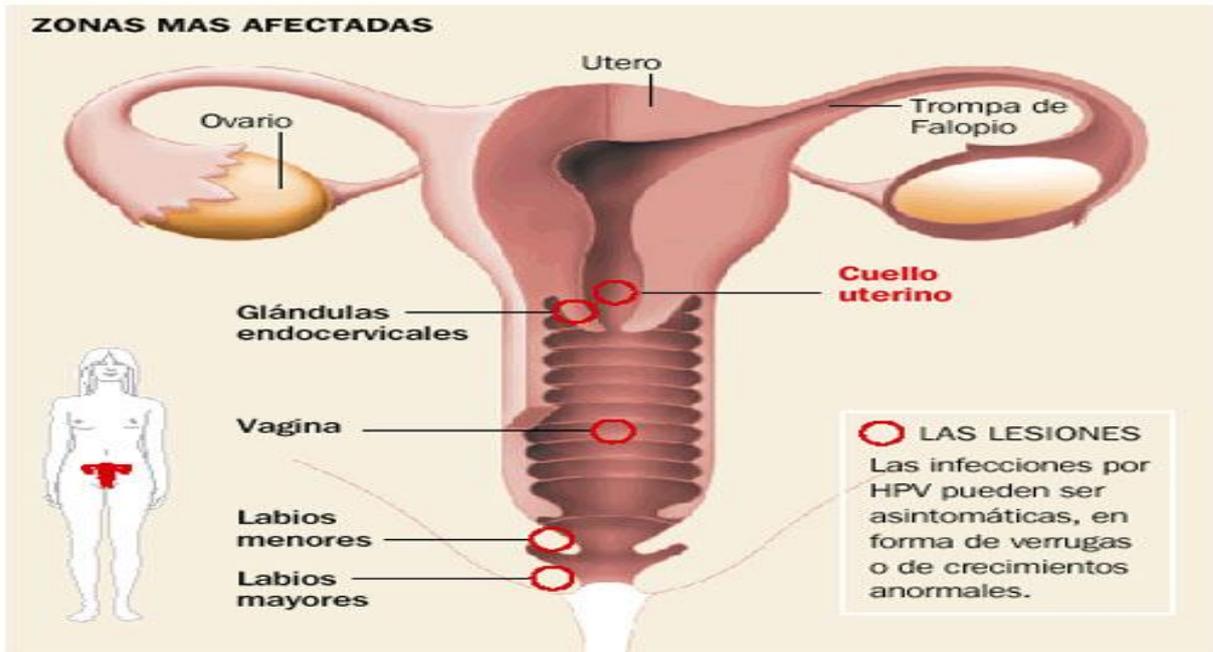
**ANEXO 1  
FORMULARIO DE ANAMNESIS**

- 1) **H.C:**  
2) **EDAD:**  
3) **FUM:**  
4) **A.G.O**  
GESTAS:  
PARTOS:  
ABORTOS:  
CESÁREAS:
- 5) **EDAD DE LA 1ERA RELACIÓN SEXUAL:**  
6) **SU PARTO FUE**  
a) NORMAL  
b) CESAREA
- 7) **SABE UD QUE ES EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO?**  
a) SI  
b) NO
- 8) **CUANTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO UD?**  
a) UNA  
b) DOS  
c) TRES
- 9) **COMO DESCUBRIO QUE TENIA HPV Y/O CONDILOMAS**  
a) TOCANDOSE UNA VERRUGAS EN VAGINA  
b) AL RALIZARSE EL PAP DE RUTINA  
c) CUANDO SU TRATANTE LE INFORMÓ
- 10) **ALGUNA VEZ OBSERVÓ VERRUGAS EN EL MIEMBRO DE SU PAREJA?**  
a) SI  
b) NO  
c) NUNCA SE DIO CUANTA
- 11) **SE HA REALIZADO PAPANICOLAU EN SU EMBARAZO?**  
a) SI  
b) NO  
c) NUNCA
- 12) **SI ES SI, QUE DIAGNÓTICO LE DIJO EL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE?**
- 
- 13) **EN QUE TRIMESTRE DE EMBARAZO LE DETECTARÓN EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO?**  
a) EN EL 1ER TRIMETRE  
b) EN EL 2DO TRIMESTRE  
c) EN EL 3ER TRIMESTRE  
d) AL MOMENTO DEL PARTO
- 14) **CON FUE SU TRATAMIENTO UNA VEZ QUE SUPO QUE TENÍA HPV:**  
a) LÁSER  
b) CRIOTERAPIA  
c) APLICACIÓN DE ÁCIDO TRICLOROÁCETICO
- 15) **TUVO ALGUNA COMPLICACIÓN EN SU EMBARAZO CON EL TRATAMIENTO DEL HPV**  
a) SI  
b) NO  
SI ES SI CÚAL FUE: \_\_\_\_\_
- 16) **SE HA REALIZADO COLPOSCOPIA EN SU EMBARAZO?**  
a) SI  
b) NO  
c) NO SE QUE ES ESO
- 17) **SABE UD SI SU BEBÉ TIENE PAPILOMATOSIS LARINGEA?**  
a) SI  
b) NO  
c) NO LO A DEMOSTRADO AÚN

## ANEXO 2 IMÁGENES DE LOS DIFERENTES LUGARES QUE AFECTA EL HPV

### Cómo afecta el virus que causa cáncer de útero

El HPV ataca principalmente el aparato genital femenino y raramente a hombres.



#### LESIONES DE CUELLO UTERINO

Puede producir daños en el epitelio del cuello del útero que se clasifican en tres grados de avance.

**Las lesiones de grado III son precancerosas y requieren tratamiento quirúrgico.**

#### DETECCION

Las alteraciones del útero son detectadas en los exámenes **PAP** en etapas tempranas.

Fuente [WWW.AIDSINFONET.ORG](http://WWW.AIDSINFONET.ORG) | [MEDLINE PLUS](http://MEDLINE.PLUS) | [WWW.CDC.GOV](http://WWW.CDC.GOV)

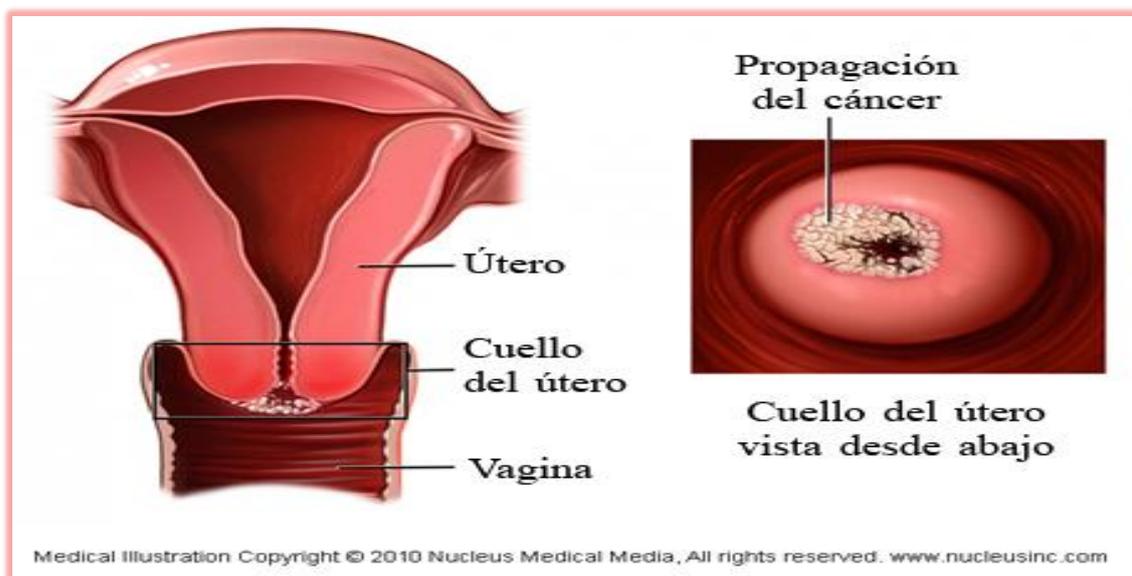
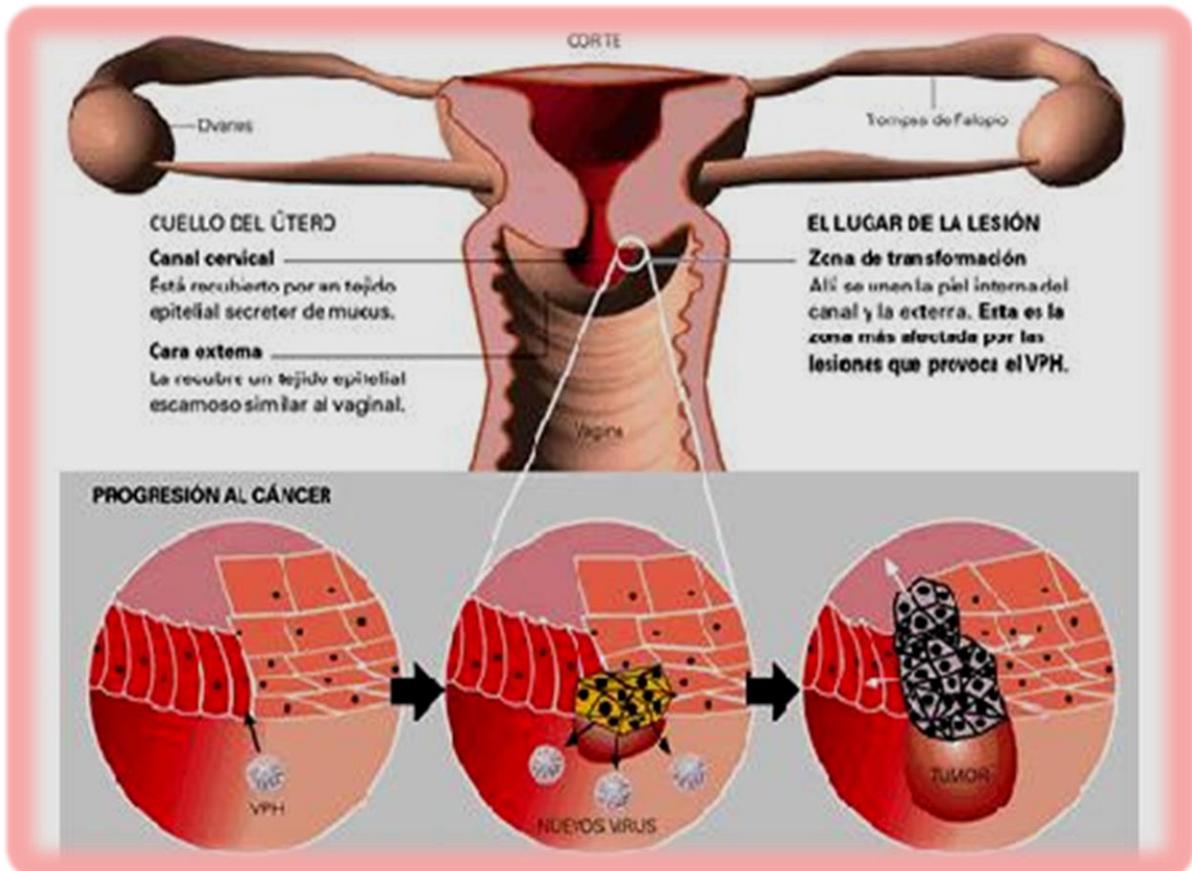
CLARIN

### IMAGEN DE UNA ESPECULOSCOPIA



## ANEXO 3

### FORMAS DE PROPAGACIÓN DEL VPH



## ANEXO 4

### IMÁGENES DE COLPOSCOPIAS



## CONTROL DE TUTORIAS

ACTIVIDADES	sep-12				oct-12				nov-12				dic-12				ene-13				feb-13			
	1S	2S	3S	4S																				
<b>Presentación del Tema Propuesto</b>		X	X	X																				
<b>Análisis del Tema</b>					x																			
<b>Presentación de Correcciones</b>							x																	
<b>Tácticas de Elaboración del Anteproyecto</b>							x	x																
<b>Presentación del Anteproyecto</b>								x	x															
<b>Correcciones</b>									x	x														
<b>Presentación del Anteproyecto Corregido</b>										x	x													
<b>Correcciones</b>											x	x												
<b>Presentación del Anteproyecto Corregido</b>												x	x		x	x	x							
<b>Aprobación del Anteproyecto</b>																		x						

---

**Dr. JORGE BANEGAS ZAMBRANO**  
**DIRECTOR DE TESIS**

## CONTROL DE TUTORIAS

ACTIVIDADES	NOV-12				DIC-12				ENE-13				FEB-13				MAR-13				ABR-13				MAY-13								
	1S	2S	3S	4S																													
<b>Tácticas de Elaboración de la Tesis</b>						X	x																										
<b>Presentación de Solicitud para obtención de las Historias Clínicas</b>	x																																
<b>Presentación de Hoja de Recolección de Datos</b>				X		X																											
<b>Recolección de datos de las Pacientes</b>		X	X	X	X	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x																		
<b>Presentación de Tesis</b>																		x															
<b>Correcciones</b>																			x	x	x												
<b>Presentación de Tesis Corregida</b>																						x	x										
<b>Correcciones</b>																							x	x	x								
<b>Presentación de Tesis Corregida</b>																														x	x		
<b>Aprobación de Tesis</b>																																x	

---

**Dr. JORGE BANEGAS ZAMBRANO**  
**DIRECTOR DE TESIS**

**ANEXO 7  
PROPUESTA**

UNIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS	RECURSOS HUMANOS	MEDIOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
I introducción	.1.Definición  1.2 Clasificación.  1.3 Epidemiología.  1.4 Vías de transmisión.	1.1.1 Concepto  1.2.1 Principales encógenos (16,18). 1.2.2 Principales no encógenos (6,11) más Predisponente spara verrugas.  1.3.1 Nacional 1.3.2 Estatal 1.3.3 Municipal 1.4.1 Relaciones sexuales. 1.4.2 Fómites	Para todos los objetivos de esta unidad se impartirán los contenidos a través de charlas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tres estudiantes de Obstetricia.</li>   <li>• Usuarías.</li>           <li>• Tres estudiantes de Obstetricia</li>   <li>• Usuarías.</li> </ul>	<p>En todos los contenidos de esta unidad contaremos con medios auditivos como la voz humana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medios Visuales como carteleras, retroproyector y rota folios.</li> <li>- Medios manipulativos.</li> <li>- Entrega de Trípticos.</li>     <li>- En todos los contenidos de esta unidad contaremos con medios</li> </ul>	1 Hora.	Será a través de la aplicación de un pos test a las usuarias

<p style="text-align: center;">II Diagnostico</p>	<p>2.1 Síntomas. 2.2 Examen físico. 2.3 Exámenes p araclínicos.</p>	<p>contaminados. 1.4.3 Intraparto.  2.1.1 Prurito 2.1.2 Ardor  2.1.3 Sangramiento  2.1.4 Ginecológicos . . 2.2.1 General. 2.2.2 Ginecológico. 2.3.1 Citología 2.3.2 Colposcopia (blanqueamien to difuso por ácido acético). 2.3.3 Biopsia. 2.3.4 Tipificación  por la PCR.</p>	<p>Para todos los objetivos de esta unidad se impartirán los contenidos a través de charlas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tres estudiantes de Obstetricia.</li> <li>• Usuaris.</li> </ul>	<p>auditivos como la voz humana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medios Visuales como carteleras, retroproyector y rota folios.</li> <li>- Medios manipulativos.</li> <li>- Entrega de Trípticos.</li> <li>- En todos los contenidos de esta unidad contaremos con medios auditivos como la voz humana.</li> <li>- Medios Visuales como carteleras, retroproyector y rota folios.</li> <li>- Medios manipulativos.</li> <li>- Entrega de</li> </ul>	<p>1Hora.</p>	<p>Será a través de la aplicación de un pos test a las usuarias</p>
---	---	--	--	--	--	---------------	---

<p>III Factores de riesgos</p>	<p>3.1 Factores Predisponentes . 3.2 Evaluación de consecuencias.</p>	<p>3.1.1 Inicio de actividad sexual. 3.1.2 Promiscuidad. 3.1.3 Drogadicción. 3.1.4 Estrés. 3.1.5 Inmunosupresores.</p>	<p>Para todos los objetivos de esta unidad se impartirán los contenidos a través de charlas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tres estudiantes de Obstetricia.</li> <li>• Usuarías.</li> </ul>	<p>Trípticos. - En todos los contenidos de esta unidad contaremos con medios auditivos como la voz humana.</p>		
<p>IV Prevención</p>	<p>4.1 Adquirir hábitos. 4.2 Evaluación médica. 4.1.1 Higiénicos. 4.1.2 Comportamiento sexual. 4.1.3 Uso de preservativos. 4.2.1 Consultas periódicas cada seis meses. 4.2.2 Tratamiento médico oportuno.</p>	<p>3.2.1 Cáncer</p>	<p>Para todos los objetivos de esta unidad se impartirán los contenidos a través de charlas.</p>		<p>- Medios Visuales como carteleras, retroproyector y rota folios. - Medios manipulativos. - Entrega de Trípticos.</p>	<p>1 Hora</p>	<p>Será a través de la aplicación de un pos test a las usuarias</p>