

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

TESIS

**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CURACIÓN,
PERSISTENCIA Y RECURRENCIA EN PACIENTES POST-
CRIOTERAPIA POR INFECCIÓN CERVICAL DEL VIRUS DEL
PAPILOMA HUMANO EN EL CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN
ONCOLÓGICA, SSM, MORELIA, MICHOACÁN.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A N :

AVENDAÑO CERVANTES MARÍA DEL CARMEN

MENDOZA PASINDO MARÍA JOSEFINA

VALENCIA RAMOS MARICRUZ

DIRECTOR DE TESIS

LIC. ANGELES GARCÍA ALBARRÁN

MÉXICO D.F.

AGOSTO DEL 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más profundo y sincero agradecimiento a la Maestra en Ciencias Amalia Avila Silva, y a los directivos del Centro Estatal de Atención Oncológica, SSM, Morelia, Michoacán, ya que gracias a su apoyo y facilidades brindadas hicieron posible la realización de la presente investigación.

A NUESTROS SERES QUERIDOS

Con todo nuestro amor, les agradecemos el habernos apoyado en los momentos más difíciles, ya que con su paciencia, consejos y sobre todo comprensión hemos alcanzado un peldaño más en nuestra vida personal y profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	6
a). Objetivo general	6
b). Objetivos específicos	6
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
II. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Generalidades	11
2.2. Epidemiología	16
2.3. Factores predisponentes y cofactores	17
2.4. Manifestaciones clínicas	22
2.5. Evolución natural de la enfermedad	24
2.6. Métodos de diagnóstico	25
2.6.1. Prueba de Schiller	26
2.6.2. Citología cervico-vaginal	26
2.6.3. Colposcopia	28
2.6.4. Biopsia	29
2.6.5. Método de hibridación de DNA del VPH	30
2.6.6. Técnica de reacción en cadena de polimerasa	31
2.6.7. Microscopia electrónica	31
2.6.8. Inmunohistoquímica	31

2.6.9. Serología	32
2.7. Tratamiento	33
2.7.1. Educación de la población	33
2.7.2. Educación del personal del sector salud	34
2.7.3. Tratamiento	34
2.7.4. Crioterapia	35
2.8. Estudios realizados en nuestro país	38
III. METODOLOGÍA	41
3.1. Hipótesis	41
3.2. Variables	42
3.2.1. Variable independiente	42
3.2.2. Variable dependiente	42
3.2.3. Modelo de relación causal de la variables	42
3.3. Indicadores	43
3.3.1. Nivel de aplicación	43
3.4. Tipo de investigación	44
3.5. Universo y muestra	45
3.5.1. Universo de trabajo	45
3.5.2. Cálculo de la muestra	45
3.6. Criterios	45
3.6.1. Criterios de inclusión	45
3.6.2. Criterios de exclusión	45

3.7.	Organización de la investigación	46
3.7.1.	Tiempo	46
3.7.2.	Recursos humanos	46
3.7.3.	Espacio	46
3.8.	Método de recolección de datos	47
IV.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	48
4.1.	Análisis e interpretación de datos	48
	CONCLUSIONES	82
	SUGERENCIAS	85
	BIBLIOGRAFÍA	87
	ANEXOS	93
	GLOSARIO	96

INTRODUCCIÓN

La búsqueda, detección y control del virus del Papiloma Humano (VPH), ha llamado la atención de los investigadores por comprobarse su participación directa como cofactor en la génesis de las lesiones premalignas y malignas de los órganos genitales.

El carcinoma cervico uterino (CaCu) es un problema de salud pública en México actualmente, es la primera causa de mortalidad femenina por cáncer en nuestro país. Por lo que todas las mujeres con infección cervical por virus del papiloma humano (IUPH) son de alto riesgo para desarrollar cáncer cervico uterino.

Se han descrito más de 70 tipos de virus del papiloma humano, algunos de los cuales se asocian con la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas de grado alto y carcinoma invasor. Estos tipos de virus del papiloma humano, considerados de alto riesgo son 16, 18, 31, 33, 35, 45 y 56, entre otros. Algunos tipos de virus del papiloma humano más frecuentemente vinculados con lesiones de grado bajo y condiloma son 6, 11, 42, 43 y 44 principalmente.

Así mismo, en los últimos años se ha visto un aumento considerable en las enfermedades de papiloma humano, debido al aumento de la promiscuidad sexual, el inicio de vida sexual temprana, embarazo, uso de anticonceptivos orales, hábito de fumar y antecedente de verrugas genitales.

La colposcopia es un medio de investigación con el cual es posible reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales y anormales del exocervix, la vagina y los genitales externos, la colposcopia ha presentado en el curso de los años una caracterización más precisa de sus posibilidades diagnósticas y una ampliación de sus posibilidades de aplicación práctica, hasta convertirse en un instrumento indispensable para el ginecólogo en el estudio de los más diversos cuadros de la patología cervical, vaginal, vulvar y en la actualidad también peniana.

A estos méritos de la colposcopia se suman las ventajas que derivan de la posibilidad de localizar con exactitud las muestras para biopsia, de efectuar con mayor precisión tratamientos de diversos tipos y de reconocer la existencia de procesos inflamatorios oligosintomáticos.

La colposcopia ha encontrado en estos últimos años una posibilidad de valoración integrativa, sobre todo para el estudio de la unión escamocilíndrica y de las áreas de transformación, de localización endocervical, y ésta a su vez corrobora la existencia de la infección cervical del virus del papiloma humano. Una biopsia cervical efectuada sin guía colposcópica en ausencia de una lesión visible, comporta el riesgo de un diagnóstico histológico falso-negativo en el 12 al 26% de los casos.

La crioterapia es un método que ha tenido amplia difusión.

Este método de tratamiento de las lesiones cervicales aprovecha el efecto lesivo de la hipotermia sobre los tejidos humanos, el progresivo descenso de la temperatura comporta un cambio del agua intracelular con cristalización y ruptura de las membranas celulares.

Desde el punto de vista operativo la crioterapia se puede realizar sin anestesia, y el tiempo de aplicación no está en función de la profundidad de la acción, si no del correcto congelamiento.

En la revisión de la literatura la tasa de éxito de este método es del 96%.

La presente tesis de enfermería se ha estructurado con el objeto de valorar la curación, persistencia y recurrencia en pacientes con infección cervical por virus del papiloma humano tratadas con crioterapia en el Centro Estatal de Atención Oncológica S.S.M. Morelia, Michoacán.

Para realizar el análisis integral y sistematizado de este trabajo se ha estructurado en los siguientes apartados.

En cuanto al planteamiento del problema surgió la inquietud de realizar este estudio de investigación, ya que el virus del papiloma humano es un padecimiento que al no ser curado en su totalidad puede evolucionar a cáncer cervico uterino, siendo difícil de

diagnosticar ya que no presenta manifestaciones visibles, y precisa su diagnóstico mediante un estudio colposcópico de rutina.

Dentro de la metodología utilizada en nuestra investigación no se plantea hipótesis porque es un estudio exploratorio que no pretende comprobación de la misma, si no que busca aspectos nuevos del objeto a ser analizado, retrospectivo y longitudinal, ya que se consideró el período comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 1998. La recopilación de la información se llevó a través de un formato para la captura de datos, la cual incluyó datos personales, antecedentes ginecoobstétricos, cofactores, método de tratamiento y datos de control, con el apoyo del expediente clínico.

En el cálculo de la muestra se englobaron 502 casos de pacientes tratados con crioterapia, a los cuales se le aplicó los criterios de inclusión y exclusión reduciéndose a 159 casos.

Los resultados se presentan a través de tablas y gráficas que se obtuvieron mediante programas de computación.

Se espera que la información proporcionada sirva de base para posteriores investigaciones en donde la práctica profesional de enfermería aporte nuevos conocimientos a las situaciones que se presentan en pacientes con virus del papiloma humano; no como observadoras pasivas, si no tener la responsabilidad y capacidad de

actuar en forma humanística y científica en los tres niveles de atención haciendo énfasis en el primero.

OBJETIVOS

A). OBJETIVO GENERAL

Determinar la valoración de enfermería en la curación, persistencia y recurrencia en pacientes postcrioterapia por infección cervical por virus del papiloma humano, en el Centro Estatal de Atención Oncológica, S.S.M., Morelia, Michoacán.

B). OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer el número de casos curados en pacientes con infección cervical por virus del papiloma humano tratadas con crioterapia.

Identificar el número de casos de persistencia en pacientes con infección cervical por virus del papiloma humano tratados con crioterapia.

Identificar el número de casos de recurrencia en pacientes con infección cervical por virus del papiloma humano tratados mediante crioterapia.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El origen vital de las verrugas fue postulado por primera vez por Ciuffo en 1907, Strauss y colaboradores identificaron en la Universidad de Yale en 1949 el virus del papiloma cutáneo y en 1968, Dunn y Ogitvie demostraron partículas virales en condilomas genitales, fue en 1969 que Almeida y colaboradores, señalaron la heterogenicidad de los tipos VPH, al observar diferentes reactividad de suero humano de individuos con lesiones verrugosas genitales, en comparación con aquellos que tengan verrugas cutáneas. Zur Hausen, en 1970, fue el primero en relacionar y estudiar al virus del papiloma humano y su participación en la carcinogénesis.

En los últimos años el conocimiento de las infecciones por virus del papiloma humano (VPH) se han incrementado extraordinariamente debido a un progreso fortuito y la participación de varias ramas de las ciencias naturales y la medicina que incluyen bioquímica, biología molecular, virología, inmunología, patología, epidemiología y medicina clínica.

Datos epidemiológicos revelan que la infección por virus del papiloma humano son en extremo frecuentes y en la mayor parte de los casos, relativamente inocuos e insignificantes, desde el punto de vista clínico. Incluso las infecciones producidas por tipos de virus del papiloma humano que pueden ser oncogénicos, no necesariamente producen anomalías epiteliales y sólo en raras ocasiones cáncer. Sin embargo, el aún muy grande número de infecciones por virus del papiloma humano y el estudio

subóptimo de precursores del cáncer en grandes grupos en muchos países, contribuyen al hecho de que casi el 20% de las muertes mundiales de mujeres por cáncer tienen relación con virus del papiloma humano.

En algunos países y en el nuestro se han incrementado las enfermedades de transmisión sexual, debido al aumento de la promiscuidad sexual, el inicio de vida sexual temprana, embarazo, uso de anticonceptivos orales, hábito de fumar y antecedentes de verrugas genitales. Por lo que es de primordial importancia la sensibilización de la población acerca de estas enfermedades, retomando acciones de promoción de la salud encaminadas al virus del papiloma humano.

En E.U.A. de acuerdo con los centros para el control y prevención de enfermedades (C.D.C.), la incidencia de la infección cervical por virus del papiloma humano genital ha aumentado en los últimos 10 años en un 500% en otros países como en España la incidencia es de 1.88% en la clínica de Villa Hermosa Alicante; en el Hospital de Saint Sacrement de la ciudad de Québec, 2.5% (1981); en Florencia Italia 4.33% (1987) y en mujeres sexualmente activas que acudieron a su examen de papanicolau rutinario presentaron evidencia citológica de infección cervical por virus del papiloma humano del 4.6% en el área periférica de la ciudad de Cuernavaca, Morelos en comparación con la clínica del ISSSTE Colima que es de 11.06%.

Estudios realizados en nuestro país a pacientes con infección cervical por virus del papiloma humano tratadas con crioterapia en el Hospital de Gineco Obstétrica Luis Castelazo Ayala del IMSS, el éxito fue del 92%, Clínica de displasias del servicio de transporte colectivo metro habiendo obtenido una efectividad del 92.7%. En el Centro de Especialidades Médicas de Monterrey, Nvo. León en un 87.5%; Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE con un índice de curación de 91.77%; Hospital de la mujer de la SSA se obtuvo una curación de 98%.

Como profesionales en enfermería consideramos al virus del papiloma humano de suma importancia, tanto como profesionistas como género, ya que se presenta en mujeres en edad reproductiva que en algún momento de su vida pueden desarrollar cáncer cervicouterino, (1a. Causa de mortalidad femenina en México), ocasionando desintegración familiar y orfandad.

Con este estudio pretendemos que la enfermera se involucre más en la identificación de factores de riesgo del VPH, métodos de transmisión y sus consecuencias; así mismo tenga participación directa en el manejo y elaboración de la historia clínica completa, vigilancia y seguimiento de casos nuevos para evitar abandonos de tratamiento, mediante la sensibilización a la población acerca de la problemática y repercusión de la infección que ayuden a la disminución o detección oportuna del CaCu.

En el Centro Estatal de Atención Oncológica, Morelia, Mich., se cuenta con el servicio de clínica de displasias, en donde se detecta y se trata las lesiones preinvasoras del cuello uterino, estadísticamente año con año se ha incrementado considerablemente los casos de infección cervical por virus del papiloma humano a más del 100%; lo que llama la atención es que no se cuenta con estudios previos que nos indiquen cuál ha sido la evolución de la infección o qué resultados se han encontrado en los tratamientos que en dicha clínica se realizan.

Por lo tanto, la delimitación del problema es en relación a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la valoración de enfermería en la curación, persistencia y recurrencia en pacientes postcrioterapia por infección cervical del virus del papiloma humano en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia, Michoacán, S.S.M.?

II. MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES

La búsqueda, detección y control del virus del Papiloma Humano (VPH), ha llamado la atención de los investigadores, por comprobarse su participación directa como cofactor en la génesis de las lesiones premalignas y malignas de los órganos genitales (Vasconcelos et al, 1992).

El origen vital de las verrugas fue postulado por primera vez por Ciuffo en 1907, Strauss y colaboradores identificaron en la Universidad de Yale en 1949 el virus del papiloma cutáneo y en 1968, Dunn y Ogilvie demostraron partículas virales en condilomas genitales. Fue en 1969 que Almeida y colaboradores, señalaron la heterogenicidad de los tipos de VPH, al observar diferente reactividad de suero humano de individuos con lesiones verrugosas genitales, en comparación con aquellos que tenían verrugas cutáneas. Zur Hausen, en 1970, fue el primero en relacionar y estudiar al virus del papiloma humano y su participación en la carcinogénesis.¹

El VPH pertenece a la familia de los Papovavirus o Papovaviridae, constituida por dos géneros, el A que comprende al virus del papiloma (VP) y el género B que comprende al virus simio 40 (VS-40) y a los poliomasvirus o virus del polioma. El nombre de esta familia deriva de las iniciales de Papiloma, Polioma y Vacuolizantes Simianos. En el

¹ Vasconcelos A.M. y Col Búsqueda, detección y control del virus del papiloma humano VPH Gineco Obst. Méx. 1992. 37-41

género del VP están comprendidos por los virus del papiloma humano, los virus del papiloma bovino, el virus del papiloma de Shope, etc. La diferencia entre los dos géneros, aparte de la biología molecular, consiste en el hecho de que los virus del papiloma no pueden cultivarse y no inducen infecciones en otras especies, ya que son específicos del huésped.²

El VPH se distingue de otros tipos de esta familia por tener cromosomas más largos, una cápside de mayor tamaño y una secuencia especial de DNA.

Oriel ha revisado el curso natural de las infecciones genitales por VPH y se sabe que se transmiten por contacto sexual, pero no se ha precisado el mecanismo exacto de infección a nivel de la interacción virus-células del huésped (Brown y Fife, 1990); también se han reportado otro tipo de vías, como por ejemplo: instrumental médico contaminado, ropa contaminada y a través del canal del parto en los hijos nacidos por vía vaginal en pacientes portadoras del virus (Vasconcelos et al., 1992), además de la posible transmisión transplacentaria.³

² De Palo et al, 1992 Stefanon, y S.P. Lotti *Infección por el virus de papilomavirus*, en *De Palo 6 Colposcopia y patología de tracto genital inferior*, Ed. Med. Panam 1992 147-153

³ Carlson. J.W. y L.B Twiggs *Aplicaciones clínicas de la biología molecular en la detección primaria de los papilomavirus humanos: Técnicas diagnósticas*, en Podratz. K. C. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Nuevas Técnicas diagnósticas en Podratz K.C. Nuevas Técnicas diagnósticas en Oncología Ed. Interamericana Mc Graw-Hill 13-20*

Aunque son idénticas las partículas virales que se evidencian por medio del microscopio electrónico, idénticas sus dimensiones, existiendo asimismo una superposición del genoma, los VPH difieren entre sí en la secuencia de nucleótidos de DNA, lo que ha permitido identificar hasta la fecha más de 70 tipos de VPH.

Cada uno de los tipos de VPH está asociado a alguna entidad clínico-patológica porque poseen afinidad por una superficie epitelial particular y así tenemos que en la zona genital se encuentran preferentemente 13 de éstos, relacionándose con los condilomas acuminados los genotipos 6 y 11, y con los condilomas planos o enfermedad cervical subclínica los tipos 16, 18, 31, 33 y 35, que representan considerables índices de malignización cervical, vaginal, vulvar y peneana⁴

Se han relacionado también con displasias genitales de grado elevado y carcinomas, además de los ya mencionados los genotipos 39, 51 52 y 56.

En la actualidad 22 genotipos de VPH se han detectado en el tracto anogenital, de éstos es 42, además del 6 y el 11, ya mencionados, se encuentran habitualmente en el

⁴ Stone, K.M. Aspectos epidemiológicos de la infección genital por papilomavirus humano en Krebs, H-B clínicas obst. y 6 in. infección genital por papilomavirus humano Ed. Interam Mc Graw-Hill 1/1989 111-115

condiloma genital ordinario y los tipos 16, 18 y 33, se encuentran con mayor frecuencia en la Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC) y carcinoma invasor.⁵

Ciertos tipos de VPH son oncogénicos tanto en vivo como in vitro, evidenciando con esto su capacidad como agentes etiológicos de procesos malignos en cérvix, vagina y vulva.⁶

La presencia de DNA del VPH en cánceres cervicales se ha encontrado virtualmente en todos ellos y en la mayoría de sus precursores de alto grado (SIL-CIN 2-3) con porcentajes del 80 al 95%.

El genoma de VPH puede dividirse en dos regiones codificadas separadas por un segmento no codificador; los genes E6-E7, que corresponden a una de esas dos regiones codificadoras, están implicados como genes de transformación oncogénica del VPH 16 y 18 (Gissmann, 1989; De Palo et al., 1992). Se menciona que tienen la capacidad de integrarse a las células huésped y transformarlas y se estima que este mecanismo puede verse facilitado por el proceso de metaplasia escamosa y tal vez ésa sea la razón por la que las mujeres sufren más alto riesgo de contraer cáncer cervical

⁵ Alcantara V.A. y Col. *Comportamiento de los Organizadores nucleolares en el cervix normal infección por virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino Ginec. Obst. Méx. 1992; 60: 286-289*

⁶ Trejo O. y E. Tamariz *4 Virus de papiloma humano estudio de detección en población abierta por medio de citología uretral México 1991 Suplemento 1, 59 65-66*

cuando se hallan expuestas al virus durante períodos de metaplasia dinámica, como la adolescencia y el primer embarazo.

La presencia de VPH en el carcinoma cervical recurrente, avala también la teoría de que este virus desempeña un papel activo en la persistencia del estado de malignidad.⁷

Al igual que las verrugas exofíticas, las infecciones genitales subclínicas por VPH pueden persistir, involucionar espontáneamente o aumentar su tamaño, debido a una respuesta inmunitaria del huésped de tipo celular. En un estudio realizado, 13% de 846 mujeres con signos citológicos de infección cervical por VPH desarrollaron displasia o carcinoma in situ en un periodo de seis años.

Lo anteriormente mencionado coloca a la infección por virus del papiloma humano (IPVH), como una lesión estrechamente relacionada con el desarrollo del carcinoma cervicouterino (CaCu) y en apoyo a esto último se pueden agregar dos hechos más.

- a) La IPVH disminuye la respuesta inmune local, debido a la acción citopática que tiene sobre las células de Langerhans.

⁷

Haloway R. W. Farrel M. P. Castellanos C y Col. Identificará del Papilomavirus Humano Tipo 16 en el Cáncer Cervical Primario y en el recurrente luego de la terapia Radiante en Trabajos Distinguidos, Obst. y Gin 1991 5-5 146

- b) En el IPCH hay alteración en la diferenciación celular, representada por la reaparición de antígenos oncofetales del tipo del antígeno carcinoembrionario.

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

Está fuera de duda que en algunos países el aumento de la promiscuidad sexual, la reducción de la edad de la primera relación sexual y otros factores, han aumentado la frecuencia de la infección subclínica por VPH, especialmente en el cérvix uterino, la cual es más común que los condilomas acuminados en la misma localización.

La prevalencia de esta infección varía considerablemente según la definición utilizada, las características de los grupos de pacientes estudiados y la frecuencia y tipos de pruebas diagnósticas empleadas, ya que ninguna prueba puede detectar por sí sola todas las infecciones por PVH. Pruebas como la hibridación de ácidos nucleicos, tinción de inmunoperoxidasa, citología, colposcopia, cervicografía, etc., son complementarias entre sí, pero no se sabrá si el VPH es el microorganismo patógeno de transmisión sexual más prevalente hasta que se disponga de alguna prueba útil para detección subclínica en grandes grupos y se cuente con estudios epidemiológicos cuidadosamente diseñados para investigar la importancia de esta frecuente infección viral.

La serie más amplia de Meisels y Morin, informa de la presencia de IVPH en el 1.69% de 234,215 mujeres que participaron en un programa de escrutinio de cáncer cervical.

Es este sentido, el porcentaje es bajo, sobre todo tomando en cuenta que se trata de población abierta y no de la considerada como de alto riesgo para la adquisición de enfermedades sexuales.

En E.U.A., de acuerdo con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (C.D.C), la incidencia de la IVPH genital ha aumentado en los últimos 10 años en un 500%.

Los virus han podido identificarse en 0.2 a 3% de los frotis de Papanicolau que se practicaron en forma sistemática y el resultado positivo se incrementó en un rango que varía del 5 a 3% cuando se aplicó el análisis de DNA-VPH a dichos frotis.

Estudios realizados en hospitales urbanos, similares al nuestro, reportan que de las mujeres sexualmente activas que acudieron a su examen de Papanicolau rutinario, presentaron evidencia citológica del IVPH cervical del 4.6% en el área periférica de la Ciudad de Cuernavaca, Morelos al 11.06% en la Clínica Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa" del ISSSTE de Colima, Col.

2.3 FACTORES PREDISPONENTES Y COFACTORES

Estudios realizados sugieren que la infección cervical subclínica por IVPH, se relaciona con inicio de vida sexual temprana, promiscuidad sexual, embarazo, uso de anticonceptivos orales, hábito de fumar y antecedentes de verrugas genitales. Son

contemplados también como factores epidemiológicos que se asocian a la IVPH, el número de gestaciones, partos y las cervicitis crónicas resistentes a tratamiento.⁸

Está admitido el papel del VPH en la oncogénesis, pero no se puede pensar que la sola infección por este virus sea capaz de inducir la transformación neoplásica. Esto queda sugerido por la gran difusión de la IVPH, el alto porcentaje de regresión espontánea de la infección y por último el diverso pico de incidencia de la IVPH (en edad joven) y el carcinoma invasor del cuello uterino (cuarta y quinta décadas de la vida).

El carcinoma cervicouterino es la neoplasia maligna más común en México y en muchos países de América Latina y continúa siendo la primera causa de mortalidad por cáncer en nuestro país. La incidencia en la población del Instituto Mexicano del Seguro Social es de 50 a 60 casos nuevos por año por cada 100,000 habitantes en el medio urbano y esta cifra es aproximadamente mayor en el medio rural.⁹

Desde el punto de vista etiológico se ha colocado como un padecimiento multifactorial; dentro de estos factores tienen un papel preponderante aquellos de transmisión sexual

⁸ *Ibarra M.G. Martínez V.H. y Cordova M.M.C. efectos de Crioterapia para lesiones producidas por virus del Papiloma Humano y Neoplasia Intraepitelial Cervical, Rev. Médica del Hospital de la Mujer 1994; 4:7-11*

⁹ *Lira. P.V. Carcinoma Cervicouterino, en Uribe M, Tratado de Medicina Interna, Ed. Med. Panam 1995: 1856-1857*

y dentro de éstos, uno de los principales es la IVPH, tanto así que los factores de riesgo que tienen las mujeres con CaCu, son los mismos que tienen las mujeres con IVPH.

Entre los factores tomados en cuenta clásicamente en la génesis del CaCu se encuentran los inmunológicos (inmunodeficiencia endógena, de tipo celular e inmunodeficiencia exógena), los hormonales (entre otros mecanismos, los esteroides son capaces de aumentar la replicación viral en cultivos, además de que los anticonceptivos orales disminuyen la respuesta inmunológica al VPH) y el humo del tabaco (presencia de nicotina en la sangre, saliva, orina y moco cervical de fumadoras, con sus efectos mutágenos y carcinógenos de los componentes del humo del tabaco), considerando actualmente también a las infecciones por virus del herpes simple tipo 2 y por chlamydias.

La IVPH disminuye la respuesta inmune local, debido a la acción citopática que tiene sobre las células de Langerhans la promiscuidad sexual se refiere a que la paciente tenga múltiples compañeros sexuales o un solo compañero que alterne con múltiples parejas.

Lo anterior es aplicable tanto a los factores predisponentes para la IVPH como a los cofactores en la génesis del CaCu.

Se han publicado muy pocos estudios en varones pero los asequibles sugieren que en promedio, 66% de los compañeros sexuales de las mujeres infectadas por VPH tienen lesiones genitales ocasionadas por el virus en cuestión (Brown y Fife, 1990; Condrea, 1995).

Puede estar indicado el tratamiento de varones infectados:

1. Para prevenir la recidiva de displasias o condilomas en la compañera sexual actual.
2. Evitar enfermedades relacionadas con VPH en compañeros sexuales futuros.
3. Prevenir carcinoma de pene.
4. Aliviar los síntomas y el estrés emocional producidos por la infección.

Es posible que el tratamiento adecuado de varones infectados evite infecciones y posibles neoplasias en futuras compañeras sexuales. Desafortunadamente, los hombres infectados que suelen cursar asintomáticos y no se percatan de las lesiones genitales, se niegan a someterse a biopsia, tratamiento y exploraciones de vigilancia, con cierta justificación. El varón que con mayor posibilidad transmite enfermedades relacionadas con VPH es el menos susceptible de detección, diagnóstico, tratamiento y curación. Aún no se demuestra si el tratamiento de las lesiones relacionadas con el VPH en el varón, disminuye o evita la recidiva del condiloma o displasia en la compañera sexual actual.

En mujeres, la reinfección de zonas tratadas por epitelio con infección latente, puede contribuir más al fracaso terapéutico que la reinfección con el mismo compañero sexual (Krebs, 1989; González, et al., 1992).

Los aspectos de la IVPH en el hombre no son uniformes; pueden ser clasificados en cinco tipos, de los cuales dos son clínicos (florido y pápula) y tres subclínicos (mácula, micropápula y pápulas perladas). No se sabe si estas distintas formas son expresión de una evolución de la forma subclínica a la clínica o más bien, si son expresión de infecciones por diferentes tipos de VPH. Un elevado número de pacientes presenta lesiones subclínicas, de las cuales el tipo más común es el de mácula y la localización preferencial (80%) es la cara interna del prepucio. Es indudable que la frecuencia de la IVPH en el hombre es muy inferior a cuanto podría esperarse, de ahí la idea de que la uretra, la próstata o las vesículas seminales podrían ser el "reservorio" del VPH. No se conoce la frecuencia de condilomas no exofíticos en la uretra, su presencia podría ser confirmada con endoscopia uretral o mediante citología urinaria o uretral, sin embargo los datos que se encuentran en la literatura acerca del valor de la citología urinaria y endouretral son controvertidos (De Palo et al, 1992).

Se ha mencionado también que el tratamiento a largo plazo de varones monógamos con lesiones asintomáticas subclínicas, compañeros de mujeres infectadas por VPH, no se considera eficaz en cuando a costo, porque no parecen reinfectarse el uno a la otra, recomendando que las estrategias de tratamiento para pacientes con IVPH no

debería ser sólo terapéuticas, sino también educativas, en el sentido de alentarlas a ejercer la monogamia (Ferenczy, 1993).

2.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Existen datos clínicos que asociados nos hacen sospechar de alteraciones que no se identifican a simple vista, por ejemplo; es frecuente encontrar pacientes con leucorrea de repetición a las que se les han realizado múltiples cultivos y tratamientos convencionales con las subsiguientes reinfecciones y que al explorar encontramos un pequeño o gran ectopión; estas pacientes presentan también otra característica clínica a la que se le ha dado poca importancia pero que al igual que la inflamación inespecífica nos dice que en este epitelio está pasando algo que puede ser grave. Nos referimos al sangrado que se presenta con el simple contacto del cepillo citológico, cotonete o cucharilla de madera con que se toman las muestras de Papanicolau.

El espectro de trastornos clínicos en las vías genitales en caso de IVPH varía desde una infección asintomática latente, la enfermedad que se caracteriza por las clásicas lesiones exofíticas conocidas como condiloma acuminado, hasta el cáncer manifiesto en las superficies epiteliales, lo cual divide a la enfermedad actualmente en:

INFECCIÓN CLÍNICA

Es decir aquella manifestada por condilomas acuminados, identificados mediante la observación a simple vista, descritos por Celso 25 años D.C., más comúnmente

localizados en la mujer en la parte posterior del introito vaginal, labios menores y vestíbulo y el hombre en el glande, prepucio, surco balanoprepucial y en ambos sexos en la zona anal, perianal y rectal, relacionándose como ya se mencionó con los tipos 6, 11 y 42.

INFECCIÓN SUBCLÍNICA

La cual se caracteriza por la presencia de condilomas planos o no acuminados, recientemente identificados y que sólo son visibles mediante el empleo del colposcopio después de la aplicación de solución acuosa de ácido acético al 5% siendo la forma más frecuente del IVPH del cérvix, relacionada con los genotipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 y 56, también ya citados.

INFECCIÓN LATENTE

Aquella que sólo se evidencia mediante técnicas de hibridación de DNA en mujeres con tejidos clínica e histológicamente normales.

SÍNDROME GENITAL POR VPH

Cuando el IVPH se encuentra en más de dos localizaciones, siendo las asociaciones más frecuentes cérvix-vulva-periano y cérvix-vulva-vagina.

Existen otros sitios de infección por VPH, tanto en varones como en mujeres, con lesiones localizadas en la cavidad bucal, incluidas las de tipo canceroso. Un cuadro

conocido como papilomatosis respiratoria recurrente juvenil, que afecta a niños de uno a seis años, se piensa que es causada por la transmisión de la madre al neonato en el momento del parto vagina.

2.5 EVOLUCIÓN NATURAL DE LA ENFERMEDAD

INOCULACIÓN

Ocurre durante el coito con un compañero infectado, en la mayoría de los casos, en sitios de traumatismo microscópico o bien por material y equipo médico contaminado o fomites.

FASE DE INCUBACIÓN

De seis semanas a ocho meses.

FASE DE EXPRESIÓN ACTIVA

Un gran porcentaje de individuos expuestos se mantiene con infección latente durante un período prolongado, pero en huéspedes susceptibles, la colonización viral va seguida de la expresión viral activa, que produce alteración pronunciada del crecimiento celular, aparición de efectos citopáticos virales en células en maduración y aumento notorio de la velocidad de replicación viral, manifestándose entonces como lesiones clínicas o subclínicas según el tipo del virus.

FASE DE CONTENCIÓN DEL HUÉSPED

Casi tres meses después de la aparición de la lesión clínica o subclínica, ocurre una respuesta inmunitaria del huésped de tipo celular, tanto mediante Linfocitos T como B, mediante la cual las lesiones pueden sufrir una regresión espontánea en el 20% de los casos.

INFECCIONES CERVICALES POR VPH

Casi 33% de las lesiones de grados menores evolucionan a NIC III, 33% remiten y 33% se mantienen sin cambios durante años.

FASE TARDÍA

Después de casi nueve meses, las pacientes se dividen en dos grupos, las que continúan con remisión clínica sostenida y las que recaen hacia la expresión activa persistente de la enfermedad.¹⁰

2.6 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de la IVPV se utilizan diversos métodos tratando de llevar a cabo una correlación citológica, histológica y patológica de la lesión y así tenemos:

¹⁰ Reid R y M J Campian *Lesiones del Cuello uterino relacionadas con papilomavirus humano; biología y características colposcópicas, en Krebs, H-B Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Infección genital por papilomavirus humano. Ed. Interam Mc Graw Hill. 1/ 1989; 151-171*

2.6.1 PRUEBA DE SCHILLER

Tinción con yoduro de lugol, con la cual es posible apreciar a simple vista las características de la zona de transformación y la presencia o no de zonas de hipopigmentación que muestren lesiones satélites o bordes de pigmentación irregular, lo cual da la pauta para pasar al siguiente paso del protocolo de detección de VPH.

2.6.2 CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL (PAPANICOLAU)

Es el medio más conveniente para el diagnóstico de la IVPH, es un procedimiento de consultorio no penetrante que puede repetirse fácilmente si es necesario. Tomando en cuenta la multifocalidad de las IVPH, el frotis es superior a la biopsia, porque permite el estudio de grandes áreas del mismo sitio en una sola muestra. El Citopatólogo debe señalar si encontró coilocitos, disqueratocitos u otros cambios y para el diagnóstico debe utilizarse la denominación "Infección por VPH", dado que la presentación citológica de todas las variantes histológicas, exofítica, plana o de otro tipo es equivalente.

En contraposición a lo anterior, en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Tumores de Milán, el diagnóstico citológico del IVPH sobre frotis convencionales sólo llegó al 65% de los casos, frente al examen histológico de biopsia guiada, que va de acuerdo con otros autores, estando fuera de toda duda que la colposcopia contribuye en forma importante en la efectividad del último procedimiento citado en el diagnóstico de la infección subclínica del cuello uterino.

A pesar de que existen otros métodos para el diagnóstico de la IVPH y las limitaciones de éstos, los únicos estudios de laboratorio de los que pueden disponer casi todos los médicos son la citología, mediante la observación de los coilocitos (gran célula con núcleo hipercromático y un anillo perinuclear claro en el citoplasma); sin embargo existen innumerables tejidos infectados por el virus en cuestión que no muestran coilocitosis, de tal modo que es imposible suponer que una manera citológica o histológica que no posee tal alteración, no tenga papilomavirus.

La Ginecología moderna no contempla el estudio racional de un Papanicolau anormal sin el empleo del colposcopio para dirigir la toma de la biopsia. Cuando se practica la toma de ésta, mediante métodos tradicionales (Shiller, por cuadrantes, etc), la correlación de la citología con la biopsia es de un 57.2% y cuando se hace bajo visión colposcópica, la correlación es de 95.6% según estudio realizado en el Hospital de Gineco Pediatría, IMSS Centro Médico Nacional del Noroeste, en Ciudad Obregón, Son.¹¹

El análisis de las características de la citología cervicovaginal, es un procedimiento de indiscutible valor para establecer la presencia de infecciones compatibles con el VPH

¹¹ *Chávez Z.M.A. y RR Zalapa; correlación citológica-colposcópica- histopatológica de las lesiones cervicales preinvasoras e infección cervical por papilomavirus. Linec. Obst. Méx. 1993.*

y fundamentalmente para reconocer alteraciones displásicas y francamente malignas en diferentes estadios de evolución¹² lo cual corrobora lo consignado previamente.

En cuanto a los falsos negativos de la técnica descrita por Papanicolau y que están cerca del 40%, la circunstancia depende en gran medida de la calidad del extendido que se obtenga (Mc Cord et al., 1992), así como de factores que contribuyen a aumentar estas tasas como son, además de lo ya mencionado, los errores de laboratorio y deficiencias de sus mecanismos de control de calidad.¹³

2.6.3 COLPOSCOPIA

El colposcopio fue inventado por Hinselmann (Alemania) en 1925, se trata de un microscopio binocular que se utiliza para la visualización directa del cérvix con aumentos de 6-40 X. Cuenta con iluminación y filtros especiales que permiten también visualizar adecuadamente el introito vaginal y las paredes vaginales, además del cérvix.¹⁴

¹² Tamayo L.E.M. y Col: *Infección por virus del papiloma humano en mujeres con y sin citología cervical anormal*. Ginec. Obst.

¹³ Greenberg M.D.M. J. Campion y L.H. Rutledge: *La cervicografía como coadyuvante del muestreo citológico*, en Wright, V.C. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia, temas actuales Colposcopia*. Ed. Interam. Mc Graw-Hill 1-1993.

¹⁴ Torres J.E. y M.A. Riopelle: *Historia de la Colposcopia en Estados Unidos: Cronología del perfeccionamiento mundial de la colposcopia* en Wright, V.C. *Clínicas de Gin y Obst. Temas Actuales, Colposcopia*. Ed. Interam Mc Graw-Hill 1993.

Ha demostrado ser un método excelente en la detección de VPH así como en otro tipo de lesiones tisulares y se han hecho estudios comparativos entre detección por citología y colposcopia en paciente que se saben de antemano VPH positivos, encontrándose con resultados de 15% para citología y 70% para colposcopia.¹⁵

La colposcopia es el método indispensable para el diagnóstico de infección subclínica del cuello uterino y de la vagina, de la vulva (vulvoscopia) y del pene (peniscopía). Este método además de ser útil para el diagnóstico, es indispensable para evaluar la extensión de la región previa exposición al ácido acético (solución al 5%) o bien con el uso de la prueba de Shiller.¹⁶

Sin embargo no debe señalarse a esta técnica como diagnósticos, sino más bien como una técnica de apoyo, que ayuda al médico a predecir el diagnóstico histológico (Ferency, 1993), por tanto, para realizar el diagnóstico del VPH, la colposcopia es útil sólo en conjunción con otras pruebas (Condrea, 1995).

2.6.4 BIOPSIA

Es un método invasor que ofrece al clínico un diagnóstico histológico (Condrea, 1995).

¹⁵ Vasconcelos AM y Col: *Búsqueda, detección y control del virus del papiloma humano (VPH) Ginec. Obst. Méx 1992*

¹⁶ Brown, D.R. y KH Fife: *Infecciones por papilomavirus humano en vías genitales en* Martín, D.H. *Clínicas Médicas de Norteamérica, enfermedades de transmisión sexual. Ed. Interam. Mc Graw-Hill 6/1990*

El diagnóstico citológico de IVPH, debe confirmarse mediante la biopsia bajo observación colposcópica, antes de iniciar el tratamiento; en el diagnóstico histológico también la coilocitosis es el signo principal de la infección (Schneider, 1989).

2.6.5 MÉTODO DE HIBRIDACIÓN DE DNA DEL VPH:

Como el VPH no puede propagarse en cultivos o ser identificado en forma confiable por métodos inmunológicos, sólo la detección del DNA viral aporta una valoración sensible y directa de la presencia viral. El significado clínico de detectar el DNA-VPH es que en la ausencia de condilomas evidentes, es factible identificar lesiones subclínicas, tempranas o en un estado de regresión. Estas técnicas no invasoras son la forma más sencilla para realizar el diagnóstico y también ayudan para el seguimiento del tratamiento ¹⁷. Existen diferentes técnicas como la Mancha de Sotuhern, Punto-mancha, Hibridación in situ, Hibridación in situ por filtro. La aplicación clínica de la Hibridación de DNA de papilomavirus humano debe limitarse a mujeres en las que se intenta ampliar los datos base para fines diagnósticos o de orientación. ¹⁰

¹⁷ *Condrea H: Virus del papiloma humano: diagnóstico en el consultorio, Mundo Médico 1995; XXII 249: 59-64*

¹⁸ *Greenberg M.D.M. J. Campion y L.H. Rutledge: La cervicografía como coadyuvante del muestreo citológico, en Wrigth, V.C. Clínicas de Ginecología y Obstetricia, temas actuales Colposcopia. Ed. Interarn. Mc Graw-Hill 1-1993.*

Actualmente en México, no es posible aplicar a nivel general la técnica de hibridación de ácidos nucleicos que permite identificar con precisión el tiempo de genoma del VPH de que se trata, debido a su poca disponibilidad y alto costo (Vasconcelos et al., 1992).

2.6.6 TÉCNICA DE REACCIÓN EN CADENA DE POLIMERASA (RCP):

Es un procedimiento molecular nuevo que no se ha utilizado ampliamente pero tiene grandes posibilidades en el futuro para la identificación de los subtipos virales, permite amplificar enzimáticamente cantidades mínimas de DNA viral, por lo cual es extraordinariamente sensible.¹⁹

2.6.7 MICROSCOPIA ELECTRÓNICA: Se considera una extensión de la citología y la histología, sin embargo no se practica en todos los laboratorios e identifica partículas virales que podrán detectarse por medio de otros métodos (Brown y Fife, 1990).

2.6.8 INMUNOHISTOQUÍMICA: Es un método un poco más conveniente que utiliza un anticuerpo producido contra las partículas del VPH; el anticuerpo puede acoplarse con peroxidasa de rábano picante o biotina y utilizarse para tefir cortes tisulares. Actualmente los antiseros disponibles no diferencian los diversos tipos de VPH, en el

¹⁹*Greenberg M.D.M. Ibid.*

futuro muy probablemente se más obtendrán de ellos y se utilizarán en estudios diagnósticos.²⁰

Los valores de sensibilidad de la microscopia electrónica y la inmunohistoquímica se superponen y sólo se correlacionan con lesiones que puedan atribuirse a la infección.²¹

4.6.9 SEROLOGÍA: La respuesta inmune a los antígenos virales ha sido objeto de estudio por muchos autores. El 70% de las mujeres con NIC asociada con VPH poseen anticuerpos IgA contra un péptido codificado por el E2 del VPH 16; hace poco tiempo se obtuvo un anticuerpo monoclonal denominado CAMVIR-1 contra la proteína L1 de la cápside del VPH 16. Estos datos podrían ser útiles en clínica, pero ésta es materia de futuras investigaciones.²²

En conclusión tenemos que actualmente se considera al Frotis de Papanicolaou como la técnica más eficaz en función del costo para la detección de CaCu y sus precursores, sin embargo no es un método diagnóstico, pero sirve principalmente para identificar a aquellas pacientes que requieren procedimientos diagnósticos adicionales, de los adicionales de los cuales el estudio histológico constituye la técnica óptima de

²⁰ Greenberg M.D.M. *Ibid.*

²¹ De Palo G.B Stefanon. *Op. cit.* 147-153.

²² De Palo, G.B Stefanonn. *Ibid.*

diagnóstico de enfermedad vinculada con VPH y es la única de tipo definitivo, apoyándose en la colposcopia para la toma de biopsia.²³

2.7 TRATAMIENTO

El control de la IVPH se basa en tres puntos:

- Educación de la población.
- Educación del personal del Sector Salud.
- Tratamiento.

2.7.1 EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN:

Los principios que se aplican para el control de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), se aplican para la IVPH:

- Evitar parejas sexuales múltiples ocasionales.
- Efectuar una visita médica al primer síntoma o signo de lesión.
- Examen al compañero sexual.
- Conocimiento de las características de la IVPH y su relación con el CaCu, métodos de transmisión, tipos de tratamiento existentes e importancia del control citológico establecido.

²³

Ferency, A: Atención de la paciente con resultado anormal del frotis de papanicolaou: Perfeccionamientos recientes en Wright, V.C. Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Temas actuales.

2.7.2 EDUCACIÓN DEL PERSONAL DEL SECTOR SALUD

- a) Evolución natural de la enfermedad, tipos de infección que existen y medios para llegar a un diagnóstico correcto de IVPH, no complicada o complicada (con NIC).
- b) Formas de transmisión, además de la sexual, en especial por medio de fomites, por lo cual es necesaria la esterilización adecuada de material y equipo reutilizable como pinzas, espejos vaginales, etc.²⁴

2.7.3 TRATAMIENTO

Infinidad de tratamientos se han propuesto para manejar las lesiones producidas por VPH y tan solo se mencionaran por estar fuera de los objetivos de este trabajo el análisis de cada uno de ellos:

- 1) **AGENTES QUÍMICOS:** Ácido bicloracético, ácido tricloracético, podofilina, cinco fluoracilo, interferon.
- 2) **AGENTES FÍSICOS:** Electrofulguración, crioterapia, rayo láser, diatermo coagulación.

El tratamiento también se divide en CONSERVADOR o QUIRÚRGICO, encontrándose en el primer grupo la Conización cervical, el Electrocauterio, la Vaporización con rayo láser, el Asa diatérmica y la Crioterapia (Ibarra et al., 1994).

²⁴

De Palo G.B Stefanon. Op. cit. p. 154-156.

En Estados Unidos las dos modalidades terapéuticas principales que se han usado durante los últimos 15 a 20 años para el tratamiento de la SIL (Lesión Intraepitelial Plana) vinculada con VPH del cuello uterino/NIC, son crioterapia y vaporización con láser de CO₂.

2.7.4 CRIOTERAPIA

Nos extenderemos en este método por ser la valoración de nuestros resultados en el objetivo de este estudio.

La crioterapia, también llamada criocirugía, es un método de destrucción tisular que en Ginecología se emplea para el tratamiento de diversas lesiones del cuello uterino. Este procedimiento fue introducido en México en 1971²⁵, con él se lleva a cabo la destrucción de las capas superficiales del epitelio cervicouterino, mediante la cristalización del agua intracelular, lo que produce ruptura física de la célula y destrucción de los organelos celulares, así como trastornos bioquímicos; dentro de los refrigerantes que producen una temperatura que asegure destrucción tisular se encuentran el óxido nitroso (89°C) y el dióxido de carbono (-65°C), siendo éstos los más económicos y disponibles. Es de vital importancia la técnica utilizada para el congelamiento llevado a cabo dentro de la crioterapia, ya que algunos autores consideran el tiempo de congelamiento un factor determinante para la curación de la lesión.

²⁵

Alvarez Bravo, A: Criocirugía del cuello uterino, Nuestra experiencia en 3, 184 casos. Ginec. Obst. Méx. 1991; 59: 105-111.

Otros autores han demostrado que el grado de congelación y su profundidad varían no sólo con el tiempo de aplicación, sino también con la presión del gas, la existencia o no de solución en el tubo que va del tanque de gas al aplicador, la forma y tamaño del aplicador y la forma y tamaño del orificio externo del cuello uterino, es decir que no se puede predecir la profundidad de la congelación basándose exclusivamente en el tiempo de aplicación de la crioterapia, en cambio queda bien demostrado que hay relación confiable entre la anchura del halo y la necrosis de coagulación, que son similares (5 mm). Se debe tener especial cuidado en tratar previamente cualquier infección cervicovaginal que exista y realizar la crioterapia durante la época posmenstrual inmediata, para evitar sangrados de importancia al desprenderse la escara en el curso de la siguiente menstruación. Antes de hacer la congelación se aplica al cono seleccionado una delgada capa de lubricante hidrosoluble para lograr un mejor contacto del mismo con la mucosa cervical; una vez terminada la congelación se interrumpe el paso del gas para que se deshiele el aplicador y pueda separarse del tejido cervical.

El tratamiento es sencillo, indoloro y no requiere de anestesia, se efectúa mediante una serie de criosondas (conos) metálicas de dimensiones diversas, aplicadas en contacto con la superficie del cuello uterino, la destrucción del tejido llega a 2-5 mm de profundidad, las complicaciones son poco frecuentes, durante el tratamiento pueden producirse ligeros calambres abdominales, desde el primer día de tratamiento se verifican abundantes pérdidas vaginales no sanguíneas, provenientes del área

necrosada y la repitelización se completa en el curso de las 6 a 8 semanas siguientes con el desprendimiento de la escara ²⁶.

El tiempo de aplicación que se menciona en la literatura va de 2 a 5 minutos continuos o la técnica de doble congelación de 3-5-3 minutos (congelación, descongelación, congelación) o 3-5-2.

Debe hacerse énfasis a las pacientes de los cuidados del tratamiento tales como:

1. Intensificar la concientización de las parejas en la higiene adecuada de las regiones genitales.
2. Evitar el uso de ropa interior que altere la transpiración de la zona.
3. Permitir el adecuado flujo de la hidrorrea durante 2 o 3 semanas en que ésta se presenta después del tratamiento.
4. Evitar el uso de tampones.
5. No tener relaciones sexuales en un lapso no menos de 6 semanas, que es cuando se valoran los resultados del tratamiento.
6. No relaciones sexuales después de este periodo, sino se ha realizado la peneoscopia a la pareja sexual o que ésta se reporta como positiva. En estos casos se recomienda el uso de preservativo hasta que la pareja reciba tratamiento curativo.

²⁶

De Palo, G y A. Vecchione: Neoplasia intraepitelial del cuello uterino, Colposcopia y patología del tracto genital inferior, Ed. Med. Panam 1992: 147-200.

La crioterapia está indicada en pacientes con IVPH cuando no hay extensión de la lesión hacia canal endocervical, debiendo complementar el diagnóstico con un legrado endocervical, cuando no es posible visualizar la unión escamocolumnar con el estudio colposcópico²⁷.

El control del tratamiento se realiza mediante citologías cervicovaginales que se toman con intervalos y durante un lapso de tiempo que varían según los estudios revisados.

2.8. ESTUDIOS REALIZADOS EN NUESTRO PAÍS.

Los análisis de pacientes con IVPH, con correlación citológica, colposcópica e histopatológica y tratadas mediante crioterapia con óxido nitroso, han dado los siguientes resultados:

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA" DEL I.M.S.S.

La revisión de 75 expediente de pacientes a quienes se les realizó crioterapia con la técnica de doble congelación (3-5-3), evaluadas posteriormente con citología y colposcopia a los 6, 12, 18 y 24 meses, dio como resultado que el 92% se negativizó a lo 6 meses y el 96% a los 24, aplicando nuevamente crioterapia cuando se presentó persistencia o recidiva. En este estudio, el 69% de las pacientes fueron menores de 40

²⁷ Ibarra, *Op. cit.* p. 11.

años y en el de Meiseis el 71.16% fueron menores de 30 años; en este grupo de IVPH predominó en la cuarta década de la vida, mientras que en otros grupos reportados en la literatura es más frecuente la infección en mujeres en plena edad reproductiva de los 20 a s los 30 años, el 87% de las pacientes presentaron una historia de más de 3 embarazos a diferencia de Bergman en que sólo 4 pacientes tenían más de un embarazo, quizá debido a un adecuado control de la fertilidad en relación a su nivel cultural. El inicio de vida sexual temprana correspondió al 53% en menores de 20 años.²⁸

CLÍNICA DE DISPLASIAS DEL SERVICIO DE TRANSPORTE COLECTIVO "METRO".

Se analizaron 70 pacientes con diagnóstico de NIC y/o VPH y que cumplían los requisitos para el tratamiento conservador. A todas se les efectuó criocirugía con técnica de doble congelación, seguimiento con citología cervical y cópöscopia cada 4 meses durante 2 años, habiendo obtenido una efectividad del 92.7%²⁹

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE MONTERREY, N.L.

Se evaluó la eficacia de diferentes procedimientos terapéuticos, tales como crioterapia, electrocoagulación, terapia con láser, como simple y la histerectomía en 54 pacientes con lesiones precursoras de CaCu, desde lesiones por VPH, simple y con atipia, hasta

²⁸ *González, S.J.L. y Col. Tratamiento del virus del papiloma humano (VPH) con criocirugía. Ginec. Obst. Méx. 1991; 59; 164-168*

²⁹ *García P.J.R. y Silhy S: Tratamiento conservador con criocirugía de la neoplasia intraepitelial cervical y virus del papiloma humano, Ginec. Obst. Méx. 1991*

NIC III, con seguimiento en la mayoría de ellas de 2 años. La eficacia fue: 94.3% para crioterapia, 87.5% para electrocoagulación y en el resto de la modalidades fue de 100%.

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" DEL ISSSTE.

Estudio retrospectivo, en el transcurso de 5 años, valorando 450 pacientes diagnosticadas con IVPH y/o NIC I. a quienes se les realizó crioterapia con una aplicación de 5 min. y seguimiento citológico a los 4, 6 y 12 meses, reportó un índice de curación de 91.77,³⁰.

HOSPITAL DE LA MUJER DE LA SSA.

Se estudiaron 50 pacientes con IVPH, tratadas el 54% con la técnica de doble congelamiento y el 46% con método continuo de 5 min., obteniéndose respectivamente 96% y 98% de citologías negativas a los 3 meses, concluyendo que en este estudio el tiempo adecuado fue de 5 min. El 80% de las pacientes fueron menores de 40 años, el predominio fue en la tercera década de la vida (21 a 30 años), el 58% presentaron una historia de más de 3 embarazos y en relación al inicio de la vida sexual, el 58% correspondió al intervalo de 20 a 24 años.

³⁰

Espinoza G.H: Manejo de las lesiones precursoras del cáncer de cérvix, Ginec. Obst. Méx., 1992, Trejo S.O. y E., Tamariz H: Virus de papiloma humano, estudio de detección en población abierta por medio de citología uretral en el varón Gín. Obst., Méx. 1991.

III. METODOLOGÍA

3.1. HIPÓTESIS

La investigación exploratoria no pretende comprobación de la hipótesis (método hipotético-deductivo), sino que busca aspectos nuevos del objeto a ser analizado, es flexible pues las tareas de investigación y la toma de decisiones se van redefiniendo a partir de la información que se va logrando y las necesidades que se encuentran.

Al explorar se busca adquirir información suficiente que permita caracterizar y explicar tanto los aspectos particulares del caso, como lo que tiene en común con otros, y se basa en la interpretación que pueda construir el investigador de la diversidad de testimonios y observaciones que se obtienen³¹. Este tipo de estudio exploratorio de base para otros descriptivos, sugiere asociación de variables como punto de partida para estudios analíticos, da bases para plantear hipótesis que conducen a otras investigaciones.

³¹

Antología del IMCED, Seminario Doctoral. Sellitz et al 1969.

3.2. VARIABLES

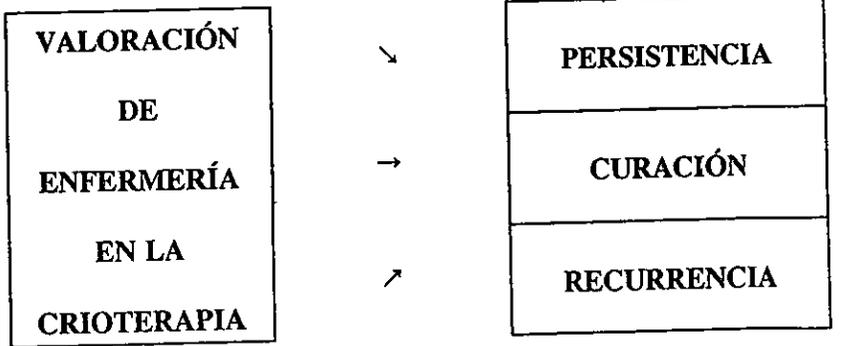
3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Valoración de enfermería en la crioterapia.

3.2.2 VARIABLES DEPENDIENTES

- Persistencia del virus del papiloma humano.
- Curación del virus del papiloma humano.
- Recurrencia del virus del papiloma humano.

3.2.3 MODELO DE RELACIÓN CAUSAL DE LAS VARIABLES.



VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLES DEPENDIENTES

3.3. INDICADORES

- Datos personales.
- Antecedentes ginecoobstétricos.
- Cofactores.
- Métodos de tratamiento.
- Datos de control.

3.3.1. NIVEL DE APLICACIÓN

Pacientes tratados con crioterapia por virus del papiloma humano a través de la aplicación del formato, (Anexo 1) con el apoyo de expedientes clínicos.

3.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se considera:

- Exploratoria: ya que se realizó con miras o consecución de datos fieles y seguros para la sistematización de futuros.³²
- Retrospectivo: Se analizaron hechos ocurridos en el pasado.
- Longitudinal: Porque se llevó a cabo a lo largo de un tiempo del 1º de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1998.³³

³² *Mario Tamayo y Tamayo. "El proceso de la investigación científica". Limusa 3ª edición. México D.F., 1995 p. 54,55.*

³³ *Ma. de la Luz Balderas, Pedrero. "Administración de los servicios de Enfermería". Interamericana McGraw-Hill., 2ª edición., México D.F. 1988., p. 209.*

3.5. UNIVERSO Y MUESTRA

3.5.1 UNIVERSO DE TRABAJO

Se incluyeron a todas las pacientes con infección cervical del virus del papiloma humano tratadas con crioterapia en el Centro Estatal de Atención Oncológica en el periodo del 1° de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1998.

3.5.2. CÁLCULO DE LA MUESTRA.

De 1997 a 1998 se encontraron 502 casos de pacientes tratadas con crioterapia de las cuales 93 corresponden al año de 1997 y 409 a 1998, dentro de éstas se descartaron a todas aquellas que no cumplieron con los requisitos de la investigación.

3.6. CRITERIOS

3.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron a todas las pacientes con infección cervical por virus del papiloma humano tratadas con crioterapia en el Centro Estatal de Atención Oncológica., SSM., Morelia, Michoacán.

3.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron a las pacientes con infección cervical por virus del papiloma humano que no se trataron con crioterapia.

A todas las pacientes tratadas con crioterapia por otras causas que no fue la infección cervical por virus del papiloma humano.

Se excluyeron a las pacientes con infección cervical por virus del papiloma humano que no fueron tratadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica, S.S.M. Morelia, Michoacán.

3.7.2. TIEMPO

La investigación se realizó en un período de 3 meses de junio a agosto del 2000 y se concluye con la presentación del informe final en agosto y la presentación del examen profesional en noviembre del mismo año.

3.7.3 RECURSOS HUMANOS

Tres alumnas de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, Sistema de Universidad Abierta, Morelia, Michoacán.

3.7.4 ESPACIO

La investigación se desarrolló en el Centro Estatal de Atención Oncológica., SSM., Morelia, Michoacán.

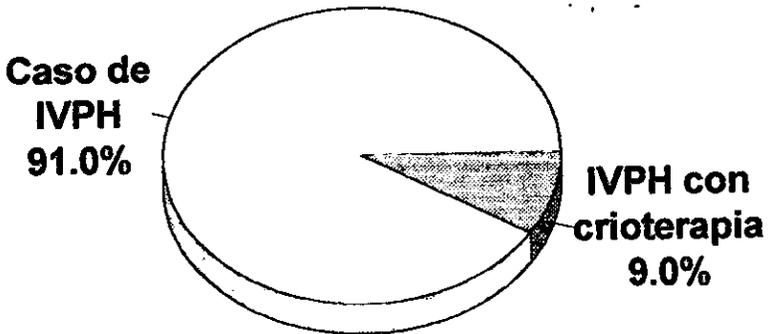
IV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

CUADRO N° 1.

Del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1997

En el Centro Estatal Oncológica, se encontraron 257 casos de infección cervical por virus del papiloma humano, de los cuales 22 cumplieron con los criterios de la investigación.



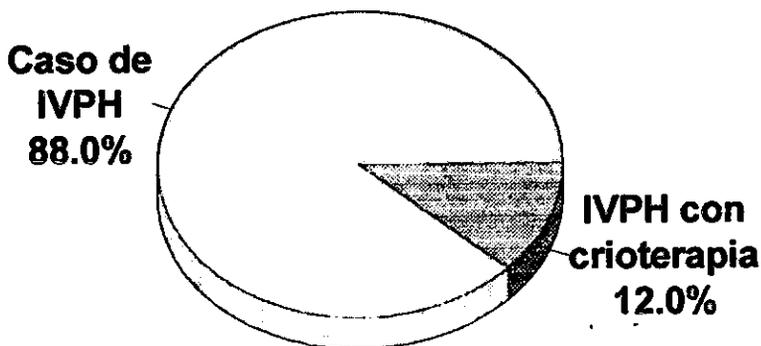
FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica
Departamento de Estadística

En 1997 se encontraron un total de 257 casos de infección cervical por virus del papiloma humano que corresponden a un 91%, de los cuales únicamente el 9% cumplieron con los criterios de la investigación.

CUADRO N° 2

Del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1997

En el Centro Estatal Oncológica, se encontraron 1104 casos de los cuales a 137 usuarios cumplieron con los criterios de investigación.



**FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica
Departamento de Estadística**

En el período comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 1998 se encontraron un total de 1104 casos de infección cervical por virus del papiloma humano, que corresponde al 88%, de los cuales únicamente el 12% cumplió con los criterios de la investigación.

CUADRO N° 1 Y 2

Los resultados observados en las gráficas anteriores de casos detectados de infección cervical por virus del papiloma humano se obtuvieron mediante el diagnóstico colposcópico e histopatológico realizados en el Centro Estatal de Atención Oncológica durante el período del 1° de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1998; como se puede ver la presencia de IVPH es muy elevada y se ha incrementado de un año a otro, ya que de 1997 a 1998 hubo un incremento 4 veces más de casos equivalente a un 429%.

Por lo que llama la atención el número de casos tan elevados de IVPH y el porcentaje tan bajo de usuarias tratadas con crioterapia. Se pudo observar en el desarrollo de la presente investigación que un número elevado de pacientes a las cuales se detectó IVPH desertaron antes de cualquier manejo, otro número importante de casos no se localizó expediente clínico en el archivo, pudiendo deberse a falta de concordancia en el manejo de éste, ya que en el servicio de clínica de displasias se maneja por número de expediente y en el departamento de archivo se maneja por nombre. El último dato de interés por ser el menos importante es la realización de cono cervical como primera elección. No se acentuaron cifras exactas por no ser el objeto de estudio, pero esto da pie a futuras investigaciones que den seguimiento a estos casos mediante la creación de programas en donde participe la enfermera para el control del IVPH y favorecer a la disminución en la morbimortalidad ocasionada por CaCu, ya que se ha demostrado que ciertos tipos de VPH tiene participación directa como cofactor en la génesis de las lesiones premalignas y malignas de los órganos genitales.

CUADRO N° 3

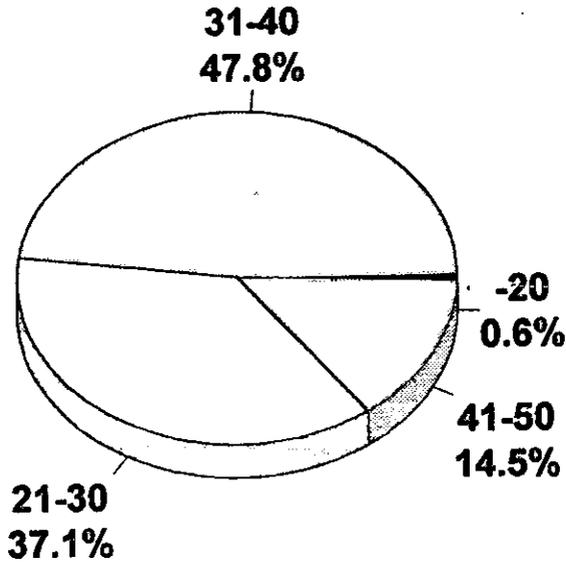
Edad de usuarias tratadas con crioterapia por infección cervical del virus del papiloma humano.

EDAD	N° USUARIOS	%
-20	1	0.6
21-30	59	37.1
31-40	76	47.8
41-50	23	14.5
TOTAL	159	100.0

FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.
Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 3

Edad de usuarias tratadas con crioterapia por infección cervical del virus del papiloma humano.



FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.
Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 3

En el rango de edad obtenido en usuarias tratadas con crioterapia por IVPH, se pudo observar que el 47.8% fluctúa de 31 a 40 años, mientras que el 37.1 correspondió a las edades de 21 a 30 años, el 14.5% de 41 a 50 años y únicamente el 0.6% fueron menores de 20 años.

Como podemos observar y de acuerdo a la literatura, la mayor incidencia de VPH se encuentra en la edad comprendida entre los 20 y 30 años, algunos otros autores mencionan que hasta los 40. La prevalencia de la infección por virus del papiloma humano en mujeres sexualmente activas, disminuye conforme avanza la edad.

CUADRO N° 4

Antecedentes Ginecoobstétricos.

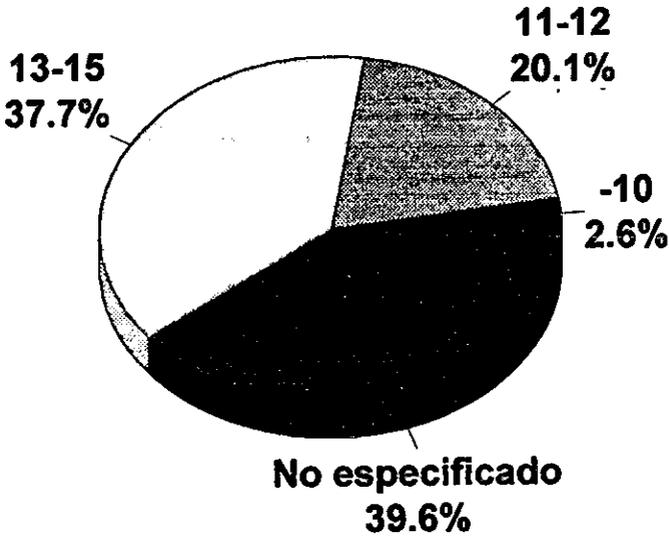
Menarca.

EDAD	N° USUARIOS	%
-10	4	2.6
11-12	32	20.1
13-15	60	37.7
No especificado	63	39.6
TOTAL	159	100.0

FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.

Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 4
Antecedentes Ginecoobstétricos.
Menarca.



FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.
Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 4

El cuadro relacionado con la menarca se observa que la edad de inicio oscila entre los 13 a 15 años en un 37.7% de los 11 a los 12 el 20.1% y en un 2.6% en menores de 10 años, mientras que un 39.6% no se encontró el dato especificado en las historias clínicas.

Cabe destacar que la menarca no se ha relacionado como cofactor de la infección cervical por virus del papiloma humano, sin embargo se incluyó en la presente investigación, ya que el estímulo activador inicial de la metaplasia está dado por el pH vaginal que aparece en la menarca como consecuencia de las modificaciones endocrinas puberales y que destruye el moco que protege las células cilíndricas.

CUADRO N° 5

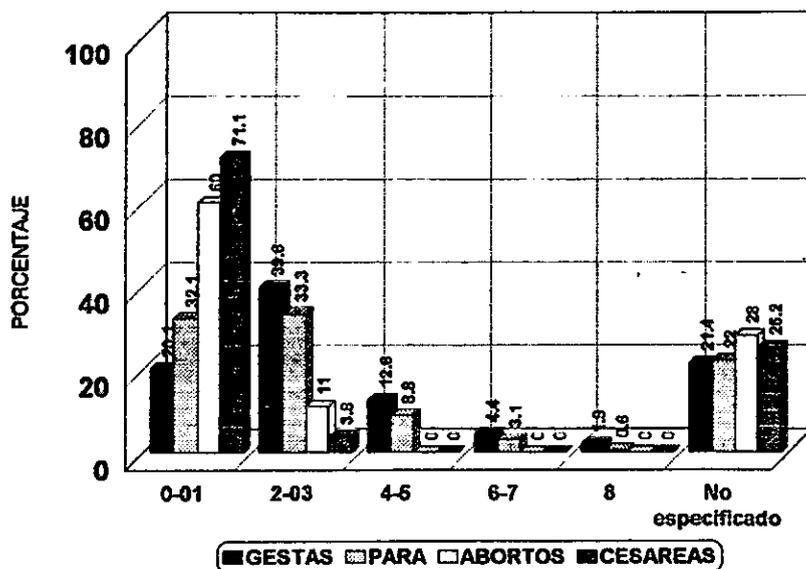
Relación entre I.V.P.H. y antecedentes ginecoobstétricos.

N°	GESTAS	%	PARA	%	ABORTOS	%	CESÁREAS	%
0-1	32	20.1	51	32.1	96	60	113	71.1
2-3	63	39.6	53	33.3	18	11	6	3.8
4-5	20	12.6	14	8.8	0	0	0	0.0
6-7	7	4.4	5	3.1	0	0	0	0.0
8	3	1.9	1	0.6	0	0	0	0.0
NO ESPEC.	34	21.4	35	22.0	45	28	40	25.2
TOTAL	159	100.0	159	100.0	159	100	159	100.0

FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.

Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 5
Relación entre I.V.P.H. y antecedentes ginecoobstétricos.



FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.
 Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 5

En el cuadro relacionado al virus del papiloma humano con los antecedentes gineco-obstétricos, encontramos que el 39.6% de las usuarias con infección del virus del papiloma humano tuvieron de 2 a 3 gestas, el 21.4% corresponde a los no especificados, mientras que el 20.1% tuvo de 0 a 1 gestas.

En cuanto al rubro de para el 33.3% cuenta con 2 a 3 hijos, el 32.1% de 0.1%, el 22% corresponde a los no especificados, el 8.8% de 4 a 5 hijos, el 3.1% de 6 a 7 hijos y el 0.6% cuenta con 8 hijos. Encontrándose el máximo porcentaje en gestas y paras de 2 a 3 hijos.

En relación a abortos se observó que el 60% de las usuarias tuvo de 0-1, el 11% de 2 a 3 abortos y el 28% corresponde a los no especificados. Como podemos ver el mayor porcentaje obtenido fue de 0-1 abortos.

Con lo que respecta al número de usuarias que se les realizó cesárea se obtuvieron los siguientes datos: el 71.1% correspondió de 0 a 1 cesáreas, el 25.2% de casos no especificados, el 3.8% de 2 a 3. Observándose que el porcentaje más elevado pertenece al apartado de 0 a 1 cesáreas.

Se sabe que el virus del papiloma humano es transmitido por contacto sexual pero no se ha precisado el mecanismo exacto de infección a nivel de la interacción virus-células

del huésped; también se han reportado otro tipo de vías como instrumental médico contaminado, ropa contaminada y a través del canal del parto en usuarias portadoras del virus.

Lo interesante de esta gráfica es que existiendo una asociación entre infección del virus del papiloma humano y cáncer cervico uterino con la multiparidad, se vislumbra en el Centro Estatal de Atención Oncológica que más del 50% de la muestra tuvo de 2 a 3 gestas, pero cabe mencionar que una cuarta parte de dicho estudio no se encontró datos al respecto, ya que las historias clínicas estaban incompletas.

CUADRO N° 6

Cofactores

Edad de inicio de vida sexual activa y su relación con el I.V.P.H.

EDAD	PACIENTES	%
-15	2	1.26
16-20	61	38.36
21-25	31	19.50
25	2	1.26
No especificado	63	39.62
TOTAL	159	100.00

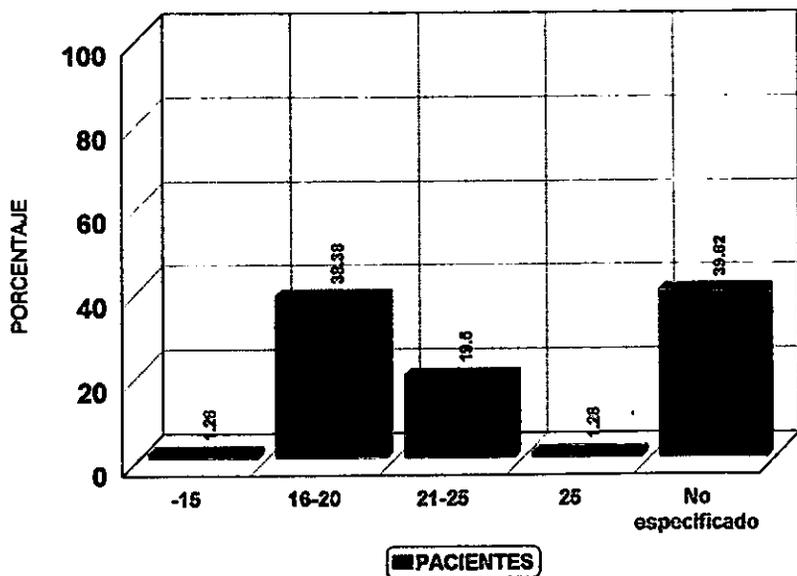
FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.

Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 6

Cofactores

Edad de inicio de vida sexual activa y su relación con el I.V.P.H.



FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.
Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 6

El análisis del presente cuadro relacionado con el inicio de vida sexual activa demuestra que el 38.36% de las usuarias es de 16 a 20 años, el 19.5% de 21 a 25 años, el 1.25% equivale a 31 años, el 1.26% menor de 15 años, cabe destacar que el mayor porcentaje obtenido fue en datos no especificados en el expediente clínico, el cual arroja el 39.62% de 159 usuarias estudiadas.

Está fuera de duda que el inicio de vida sexual activa a temprana edad es un factor que ha aumentado la frecuencia de la infección cervical por virus del papiloma humano especialmente en el cervix uterino, sobre todo tomando en cuenta que se trata de población abierta y de alto riesgo para la adquisición de enfermedades sexuales.

CUADRO N° 7

Cofactores

N° de compañeros sexuales en pacientes de I.V.P.H.

N° COMPAÑEROS	N° PACIENTES	%
0-1	71	45
2-3	23	14
+ 3	1	1
No especificado	64	40
TOTAL	159	100

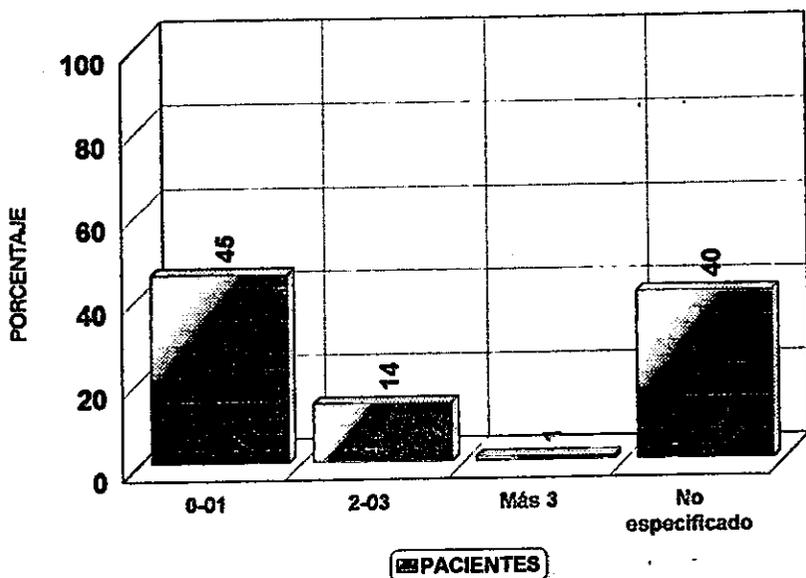
FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.

Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 7

Cofactores

N° de compañeros sexuales en pacientes de I.V.P.H.



FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.
Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 7

En relación al número de compañeros sexuales y su asociación con la infección del virus del papiloma humano obtuvimos el 45% correspondiente a usuarias de 0 a 1 parejas sexuales, el 14% equivale a 23 usuarias con 2 a 3 compañeros sexuales, el 1% más de 3 compañeros sexuales.

Se ha revisado que el curso natural de las infecciones genitales por virus del papiloma humano se transmite por contacto sexual, ya que cada uno de los tipos de virus del papiloma humano están asociados a alguna entidad clínico-patológica porque poseen afinidad por una superficie epitelial particular y así se tiene que en la zona genital se encuentran preferentemente 13 tipos que representan considerablemente índices de malignización cervical vaginal, vulvar y peneanal.

Aún así considerando lo anterior y de su gran importancia como cofactor en el Centro Estatal de Atención Oncológica sigue siendo el porcentaje más elevado (40%) en datos no especificado por la falta de historias clínicas.

CUADRO N° 8

Cofactores

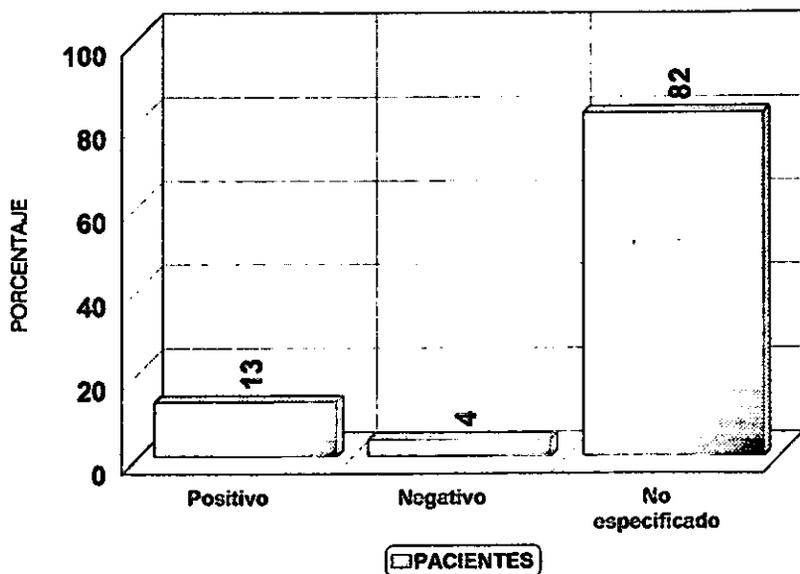
Tabaquismo y su relación con el I.V.P.H.

TABAQUISMO	N° PACIENTES	%
Positivo	21	13
Negativo	7	4
No especificado	131	82
TOTAL	159	100

FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.

Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 8
Cofactores
Tabaquismo y su relación con el I.V.P.H.



FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.
 Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 8

El cuadro relacionado con el tabaquismo muestra que el 13% de las usuarias tienen el hábito de tabaquismo en tanto que el 4% no lo tienen, cabe mencionar que cuando el IVPH se asocia a mujeres fumadoras tienen 2.7 veces más probabilidad de desarrollar que las no fumadoras, ya que existe sinergismo entre tabaco y cáncer cervicouterino.

Siendo éste un dato de importancia en la presente investigación se pudo observar que el mayor porcentaje es equivalente al 82 de casos, no se especificó el dato, ya que en los expedientes clínicos no existen historias clínicas y en las existentes omiten el dato.

CUADRO N° 9

Cofactores

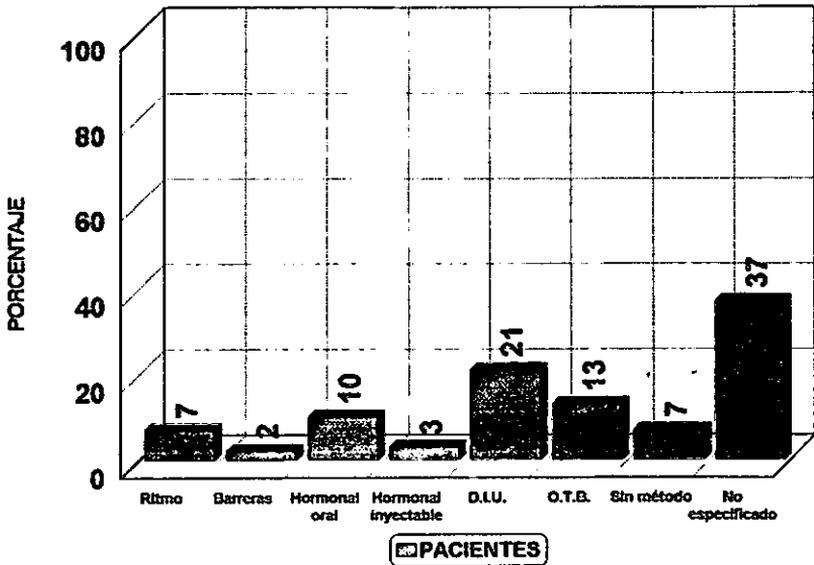
Método de planificación familiar.

MÉTODO	PACIENTES	%
Ritmo	12	7
Barreras	4	2
Hormonal oral	17	10
Hormonal inyectable	5	3
D.I.U.	34	21
O.T.B.	21	13
Sin método	11	7
No especificado	60	37
TOTAL	164	100

FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.

Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 9
Cofactores
Método de Planificación Familiar.



FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.
 Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 9

En relación al método de planificación familiar como cofactor en la presencia de infección cervical por virus del papiloma humano podemos destacar que la tercera parte de casos estudiados (37%) no cuentan con datos completos en la historia clínica, lo cual limita el tema de estudio.

Del 63% restante de la muestra observamos que un 21% utilizó como método de planificación familiar el D.I.U., el 13% optó por un método definitivo (O.T.B.) se deduce que anterior a éste utilizó primero varios métodos de planificación familiar temporal, el 10% de las usuarias utilizó anticonceptivos orales y del 16% restante no utilizó ningún método, llevó control mediante el ritmo o utilizó métodos de barrera.

En este análisis podemos vislumbrar que no hay concordancia con la literatura, ya que ésta menciona como cofactor relacionado a los métodos de planificación familiar la ingesta de anticonceptivos orales al disminuir la respuesta inmunológica al VPH. Sin embargo en nuestro estudio se observa mayor relación de usuarias con IVPH y el uso de D.I.U., ya que se ha relacionado con infecciones cervicovaginales, pero no ha comprobado su participación como cofactor en la presencia de infección cervical por virus del papiloma humano.

CUADRO N° 10

Cofactores

Infecciones cervico-vaginales y su relación con el I.V.P.H.

INFECCIONES CERVICOVAGINALES	PACIENTES	%
Frecuentes	70	44
No especificado	89	56
TOTAL	159	100.00

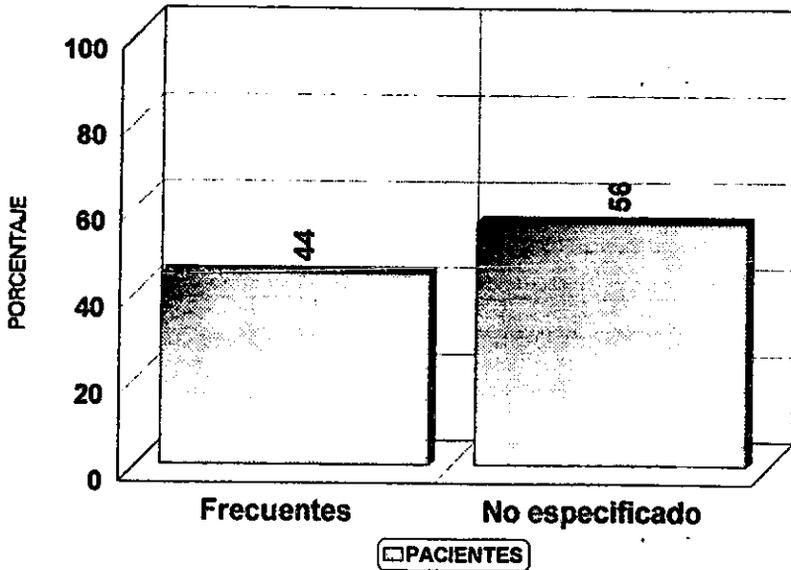
FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.

Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 10

Cofactores

Infecciones cervico-vaginales y su relación con el I.V.P.H.



FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.
Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 10

En el cuadro anterior se analizaron las infecciones cervicovaginales y su relación con el virus del papiloma humano, encontrándose un 56% de casos no especificados y el 44% restante presentó cuadros frecuentes de infecciones cervico-vaginales.

A pesar de haber obtenido un alto porcentaje de datos omitidos en el expediente clínico, podemos vislumbrar que casi la mitad de la muestra estudiada presentó un alto índice de infecciones cervico-vaginales de repetición, pudiendo actuar éstas como cofactor en la presencia de infección cervical por virus del papiloma humano, ya que inducen una respuesta inflamatoria que ocasiona cambios en la flora vaginal y que asociados a la pérdida de la acción protectora de los lactobacilos y aunado a otros factores propios del huésped como respuesta inmunológica disminuida entre otros, favorece el desarrollo de microorganismos patógenos.

CUADRO N° 11

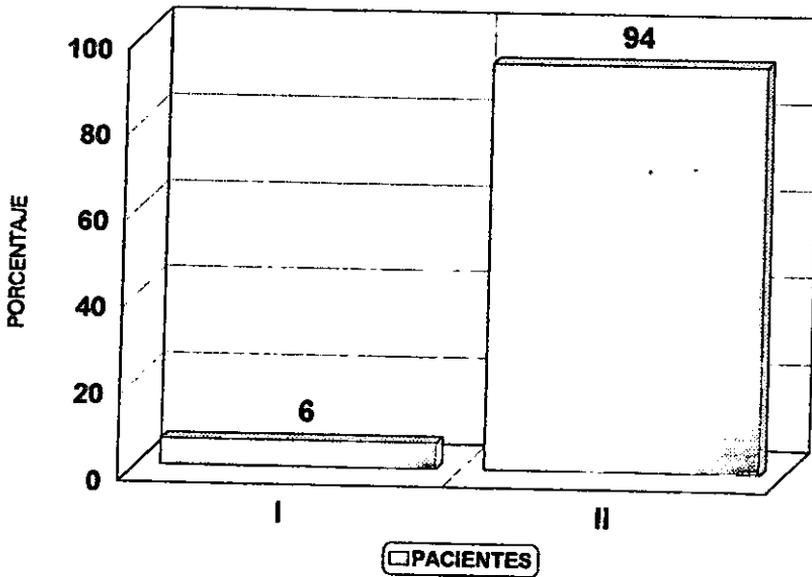
Método de tratamiento de I.V.P.H. con crioterapia.

TIEMPO	PACIENTES	%
I	9	6
II	150	94
TOTAL	159	100.00

FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.
Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 11

Método de tratamiento de I.V.P.H. con crioterapia.



FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.
Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 11

Con lo concerniente al cuadro de método de tratamiento de infección cervical del virus del papiloma humano con crioterapia, encontramos que el 94% de las usuarias fueron sometidas a la técnica de dos tiempos de congelamiento, que consiste en congelar 3 minutos, descansar 5 minutos y congelar 3 min. y el 6% fue con la técnica de 1 tiempo que va de 2 a 5 minutos continuos de congelación.

Algunos autores mencionan que el éxito del tratamiento depende del correcto congelamiento y de sus tiempos de aplicación, coincidiendo que la técnica más efectiva es la de doble congelamiento, ya que dicho tratamiento es sencillo, indoloro y no requiere anestesia, siendo manejado como cirugía ambulatoria.

CUADRO N° 12

Datos de control

Resultados obtenidos en pacientes con I.V.P.H. tratados con crioterapia.

RESULTADOS	PACIENTES	%
Curación	101	86.4
Persistencia	8	6.8
Recurrencia	8	6.8
TOTAL	117	100.00

FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.

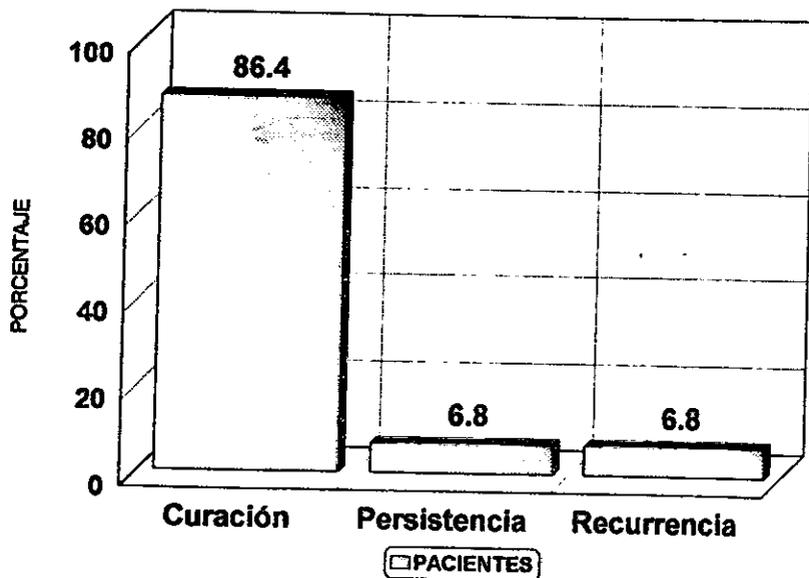
Expedientes Clínicos.

SECRETARÍA DE SALUD
 DE LA BIBLIOTECA

CUADRO N° 12

Datos de control.

Resultados obtenidos en pacientes con I.V.P.H. tratados con crioterapia.



FUENTE: Centro Estatal de Atención Oncológica.
Expedientes Clínicos.

CUADRO N° 12

De los 159 casos incluidos en el estudio del Centro Estatal de Atención Oncológica, 42 usuarios abandonaron el tratamiento que corresponde al 26% del total de la muestra. Mientras que de las 117 usuarias que asistieron a sus controles podemos concluir que 101 usuarias se consideran curadas, habiendo persistido en 8 (6.8%) y encontrándose recurrencia en las 8 restantes (6.8%), lo que da un índice de curación del 86.4% que es aproximado a lo mencionado en la literatura.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación realizada a usuarias que acudieron al Centro Estatal de Atención Oncológica, las cuales se realizó crioterapia por infección cervical por virus del papiloma humano se concluye:

1. La frecuencia de la infección cervical por VPH en el Centro Estatal de Atención Oncológica fue de 429% de 1997 a 1998.
2. El comportamiento epidemiológico de esta enfermedad es semejante en relación con otros hospitales del país.
3. El 47.8% de las pacientes estudiadas fueron de 31 a 40 años; en este grupo de IVPH predominó en la cuarta década de la vida, mientras que en otros grupos reportados en la literatura es más frecuente en mujeres en plena edad reproductiva de los 20 a los 30 años.
4. La historia ginecoobstétrica de las pacientes incluidas en nuestro estudio muestra que más del 50% tuvo de 2 a 3 gestas, quizá debido a un adecuado control de la fertilidad en relación a su nivel cultural.
5. En cuanto a los factores predisponentes para este tipo de infección tenemos:
 - a). El inicio de vida sexual temprana no fue significativo en nuestro estudio, ya que el mayor porcentaje se obtuvo en datos no especificados en el expediente clínico, sin embargo otro dato relevante del resto de la muestra estudiada oscila en la edad de 16 a 20 años.

- b). El número de compañeros sexuales no es determinante en este estudio, ya que en el mayor porcentaje se observó 1 compañero sexual. Haciendo la aclaración que este punto se debe evaluar en conjunto con la pareja, ya que se ha demostrado que casi 66% de compañeros de mujeres con condiloma cervical o neoplasia intraepitelial cervical tienen signos de infección peniana por VPH.
6. En relación con los demás factores predisponentes, no fue posible la evaluación por falta de datos en los expedientes clínicos.
7. Con lo que confiere a las técnicas de crioterapia concordamos con la literatura que la técnica más efectiva es la de doble congelamiento (3-5-3), siendo un método sencillo, eficaz, barato, con mínimos efectos secundarios, que no requiere anestesia, respeta la fertilidad, no interfiere con el desempeño laboral y es aplicable al manejo de grandes volúmenes de pacientes con indicaciones de tratamiento conservador.
8. Se detectaron 159 casos de infección cervical por virus del papiloma humano tratadas con crioterapia del 1° de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1998, de las cuales el 26% abandonaron el tratamiento (42 pacientes). De los 117 pacientes. 101 se consideran curados, habiendo persistido la infección en 8 (6.8%) y encontrándose recurrencia en las 8 restantes. Lo que da un índice de curación del 86.4% que es aproximado a lo mencionado en la literatura.
9. La participación de la enfermera se limita a simple colaboradora del procedimiento de la crioterapia.

Es aceptado que mientras no se aclare el pronóstico de la IVPH, debe manejarse igual que una neoplasia cervical en todas las pacientes que se detecte, por su asociación con el cáncer genital, considerándose actualmente además como una peligrosa enfermedad de transmisión sexual que infecta a millones de mujeres.

Durante la realización de la investigación nos encontramos con obstáculos tales como:

- El consultorio de displasias maneja por número de expediente la hoja de registro, en tanto que en el archivo clínico se maneja por nombre.
- No se encontraron en su totalidad los expedientes clínicos.
- Los datos consignados en el expediente clínico cuando se realiza la crioterapia no son suficientes para su correcto control y evaluación.
- Referente a las facilidades para la realización de la investigación en cuestión de tiempo, no se nos brindó.

SUGERENCIAS

- Manejar expediente clínico en la clínica de displasias para mayor y mejor control del seguimiento a usuarias con IVPH.
- El profesional de enfermería que participe en la clínica de displasias, deberá estar documentada y capacitada en este campo, para que elabore historias clínicas donde incluya lo relacionado con la IVPH y sus diferentes modalidades de tratamiento, dejando atrás posturas pasivas.
- Hacer énfasis en la difusión de los programas ya establecidos de enfermedades de transmisión sexual, específicamente en IVPH, por la gran trascendencia que tiene al relacionarse con el CaCu. Utilizando los medios masivos de comunicación, folletos explicativos y/o videos.
- Ampliar el servicio de clínica de displasias para proporcionar atención a población abierta, en donde se realice la colposcopia de rutina como método de detección de IVPH, lesiones premalignas y CaCu para actuar oportunamente.
- Conjuntar esfuerzos del equipo multidisciplinario de salud, para sensibilizar a la población y al trabajador para que actúe con equidad, calidez y eficiencia en forma permanente y continua no olvidando que en el éxito del tratamiento es indispensable la participación activa del paciente como ser humano y portador de la patología.

- El personal de enfermería elaboré programas de seguimiento y control en donde continuamente esté valorando y evaluando, para que nos permita hacer reajustes según las diferentes necesidades de las usuarias.
- Implementar programas de capacitación, adiestramiento y educación continua al personal involucrado.
- Proporcionar tratamiento a la pareja, ya que es un portador latente.
- Unificar criterios en el manejo de tratamiento de la infección cervical por virus del papiloma humano.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara V.A. y Col: Comportamiento de los organizadores nucleolares en el cérvix normal, infección por virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino. Ginec. Obts. Méx., 1992; 60: 286-289.
- Alcocer y Aguilar: Frecuencia del virus del papiloma humano en cérvix uterino, en el Hospital General "Vasco de Quiroga", ISSSTE, Durante el año de 1992., Método Científico 1993; 6-14-16.
- Alvarez Bravo, A: Criocirugía del cuello uterino. Nuestra experiencia en 3,184 casos. Ginec. Obst. Méx., 1991; 59: 105-111.
- "Antología Investigación Clínica en Enfermería". Coordinación Académica Lic. Araceli Jiménez Mendoza. Material Didáctico para estudiante de la licenciatura en enfermería y obstetricia del S.U.A-E.N.E.O. México D.F. 1996.
- Aranda F.C.E y Col: Valoración con PCR uretral y penoscopia en parejas con VPH y/o NIC. Ginec. Obst. Mex. 1993, Suplemento 1, 61:71.
- Balderas P. Ma. de la Luz. "Administración de los servicios de enfermería". Editorial Interamericana McGraw-Hill. 2ª Edición México, D.F., 1990.
- Brown, D.R. y K H. Fife: Infecciones por papilomavirus humano en vías genitales, en Martín, D.H. Clínicas Médicas de Norteamérica, Enfermedades de Transmisión Sexual, Ed. Interam., McGraw-Hill 6/1990: 1519-1549.
- Cañedo Dorantes Luis. "Investigación clínica". Editorial Interamericana, México D.F. 1987.

- Carlson, J.W y L.B. Twiggs: Aplicaciones clínicas de la biología molecular en la detección primaria de los papilomavirus humanos: técnicas diagnósticas, en Podratz, K.C. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Nuevas Técnicas diagnósticas en oncología, ginecología, Ed. Interam. McGraw-Hill 1/1992:13-20.
- Condrea, H.: Virus del papiloma humano: diagnóstico en el Consultorio, Mundo Médico 1995; XXII-249:59-64.
- Chávez Z, M.A. y R.R. Zalapa: Correlación Citológica-Colposcópica, Histopatológica de las lesiones cervicales preinvasoras e infección cervical por papilomavirus. Ginec. Obst. Méx., 1993; Suplemento 1,61:61.
- De Palo, G.,B., Stefanon y S. Pilotti: Infección por el virus de papiloma, en De Palo, G. Colposcopia y patología del tracto genital inferior, Ed. Med. Panam. 1992: 147-200.
- De Palo, G y A Vecchione: Neoplasia intraepitelial del cuello uterino, en De Palo, G. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Ed. Med. Panam. 1992; 235-275.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas. Editorial Salvat. Undécima edición. México D.F., 1980.
- Diccionario enciclopédico University de términos médicos. Editorial Interamericana. 1ª edición, México D.F., 1983.
- Diccionario Enciclopédico. Editorial Grijalbo. México D.F., 1986.
- Diccionario. Editorial Larousse. 1ª edición. México D.F. 1984.

- Espinosa G. H: Manejo de las lesiones precursoras del Cáncer de Cérvix. Ginec. Obst. Méx. 1992; Suplemento 1, 60:77.
- Ferenczy, A: Atención de la paciente con resultado anormal del Frotis de Papanicolaou: Perfeccionamientos recientes, en Wright, V.C., Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales, Colposcopia, Ed. Interam., McGraw-Hill. 1/1993: 179-1991.
- Garía P.J.R y K Silhy S: Tratamiento conservador con criocirugía de la Neoplasia Intraepitelial Cervical y Virus del papiloma humano. Ginec. Obst. Mex. 1991; Suplemento 1, 59: 61-62.
- Guissman, L: Relación de papilomavirus humano con el cáncer, en Krebs, H-B, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Infección por Papilomavirus Humano, Ed. Interam., McGraw-Hill 1/1989: 137-142.
- Godínez E.L.,A Valle G y A. Carrillo G: Correlación Clínica e Histopatológica de lesiones virales en varones. Estudio preliminar. Ginec. Obst. Mex. 1994; Suplemento I, 62:65-66.
- González S.J.L y Col: Tratamiento del virus del papiloma humano (VPH) con criocirugía. Ginec. Obst. Mex. 1991; 59: 164-168.
- González S.J.L. y Col: Utilidad del Tratamiento del compañero sexual con condiloma (VPH) con el propósito de disminuir las fallas del tratamiento del condiloma cervical. Ginec. Obst. Mex. 1992; Suplemento I, 60: 82-83.

- González S.J.L. Manejo con criocirugía de lesiones cervicales por virus del papiloma humano (VPH) durante el embarazo. *Ginec. Obst. Mex.* 1993; Suplemento I, 61:64.
- Greenberg, M.D.M.J. Campion y L.H. Rutledge: La cervicografía como coadyuvante del muestreo citológico, en Wrigth, V.C. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Temas actuales, Colposcopia.* Ed. Interam. McGraw-Hill 1-1993:13:28.
- Holloway R. W, Farrel M.P. Castellano C. y Col: Identificación del Papilomavirus Humano Tipo 16 en el Cáncer Cervical Primario y en el Recurrente luego de la Terapia Radiante, en *Trabajos Distinguidos, Obst. y Gin.* 1991; 5-5:146.
- Ibarra M. G Martínez V. H y Córdova M, M C: Efectos de la Crioterapia para Lesiones Producidas por Virus del Papiloma Humano y Neoplasia Intraepitelial Cervical *Rev. Médica del Hosp. de la Mujer* 1994; 4:7-11.
- Koss, L.G: Virus de papiloma humano y Cáncer genital, *Mundo Médico* 1993; XX-235:105-113.
- Krebs, H-B Hitos en la investigación de papilomavirus humano, en Krebs, H-B *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, infección genital por papilomavirus humano,* Ed. Interam. McGraw-Hill. 1/1898:105-109.
- Lira P, V: Carcinoma Cervicouterino, en Uribe, M. *Tratado de Medicina Interna.,* Ed. Med. Panam. 1995: 1856-1857.

- Marín-Cantú, V.A., M.L.E. Narciso-Reyes y G Casanova-Román: Tratamiento de la infección genital por virus del papiloma humano durante la gestación. *Perinatología y Reproduc. Humana* 1995; 9-2:76-84.
- Manual de Oncología. "Procedimientos Médico-Quirúrgicos". Instituto Nacional de Cancerología. McGraw Hill Interamericana. México, D.F. 1999.
- McCord M. Stovall T. Meric J y Col: Citología del Cuello Uterino: Un Estudio Comparativo y aleatorio de cuatro métodos de Obterción del Material, en *Trabajos Distinguidos, Obst. y Gin.* 1992; 6-2-49.
- Principios de la Investigación en Enfermería. Lucille E. Notter. Jacqueline Rose. Edit. Doyma.
- Reid, R y M J. Champion: Lesiones del Cuello uterino relacionadas con papilomavirus humano: biología y características colposcópicas, en Krebs, H-B, *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Infección genital por Papilomavirus humano*, Ed. Interam. McGraw-Hill 1/1989:151-171.
- Schink J.C. y Lurain J.R: El carcinoma cervical microinvasor, en *Trabajos Distinguidos, Obst. y Gin.* 1992; 5-6:164.
- Schneider, V: Diagnóstico microscópico de infección por papilomavirus humano, en Krebs H-B, *Clínicas Obst y Gin, Infección genital por Papilomavirus humano*, Ed. Interam. McGraw-Hill. 1/1989:125-136.
- Stone, K.M: Aspectos epidemiológicos de la infección genital por papilomavirus humano en Krebs, H-B *Clínicas Obst. y Gin.*, *Infección genital por papilomavirus humano*, Ed. Interam. Mc Graw-Hill 1/1989:111-115.

- Tamayo y Tamayo Mario. "E Proceso de la Investigación Científica". Ed. Limusa. 3a. Edición. México, D.F. 1995.
- Tamayo L.E.M. y Col: Infección por virus del papiloma humano en mujeres con y sin citología cervical anormal. Ginec. Obst. Mex. 1993; 61:27-34.
- Torres, J.E y M.A. Ripelle: Historia de la Colposcopia en Estados Unidos: cronología del perfeccionamiento mundial de la colposcopia, en Wright, V.C. Clínicas de Gin, y Obst., Temas Actuales, Colposcopia. Ed. Interam. McGraw-Hill 1/1993: I 12.
- Trejo S,O y E Tamariz H: Virus de papiloma humano, estudio de detección en población abierta por medio de citología uretral en el varón. Gin. Obst. Mex. 1991; Suplemento I, 59:65-66
- Uribarren B,O. y J. Lara C: Condiloma plano, su frecuencia y asociación con cáncer cervicouterino y displasias. Ginec. Obst. Méx. 1992; 60:286-289.
- Vasconcelos A.M y Col: Búsqueda, detección y control de virus del papiloma humano (VPH). Ginec. Obst. Méx. 1992; 60:37-41.

ANEXO Nº 1

Formato para la captura de datos de las pacientes a quienes se les realizó crioterapia por IVPH.

**RESULTADOS DE LA CRIOTERAPIA EN PACIENTES
CON INFECCIÓN CERVICAL POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**

FICHA PERSONAL

NÚM. DE REGISTRO _____ FECHA _____
 NOMBRE _____ EDAD _____
 NÚM. EXPEDIENTE _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

Menarca ___ Ritmo ___ Menstrual ___ Gesta ___ Para ___ Cesáreas ___ Abortos ___

COFACTORES:

I.V.S.A. ___ Edad Primer Embarazo ___ Núm. Compañeros Sexuales ___ Tabaquismo
 ___ Método de Planificación Familiar ___ Infecciones Cervicovaginales ___

DATOS DEL DIAGNOSTICO

Diagnóstico Citológico o colposcópico, Fecha _____ Resultado _____
 Biopsia de Cérvix, Fecha _____ Resultado _____

MÉTODO DE TRATAMIENTO

Crioterapia, Fecha _____ Técnica _____

Segunda Crioterapia Fecha _____ Técnica _____

Tratamiento a la pareja, fecha _____ tipo _____

DATOS DE CONTROL

Primer Control, Fecha _____ Resultado _____

Segundo Control., Fecha _____ Resultado _____

Tercero y Otros Papanicolaous de Control. Fecha _____ Resultado _____

CURO ___ PERSISTE ___ RECIDIVO ___ DESERTO ___

NO ACUDIÓ A CONTROL ___

OBSERVACIONES _____

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El presente organigrama da a conocer las actividades a desarrollar en los diferentes tiempos mediante una gráfica de Gantt.

	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Selección y definición del problema.	■					
Planteamiento del problema.	■					
Diseño metodológico.		■				
Elaboración del instrumento.		■				
Presentación del protocolo.		■				
Desarrollo del marco teórico		■				
Recolección de datos.		■				
Análisis estadístico			■			
Interpretación de resultados			■			
Presentación del informe			■			
Trámites de examen profesional			■	■	■	
Presentación de examen profesional						■

GLOSARIO

- ÁCIDO:** Todo compuesto que tiene hidrógeno sustituible por los metales para formar sales o bien todo compuesto de un elemento electronegativo con uno o más átomos.
- ANTÍGENO:** (De anti (cuerpo) geno producir) termino general para toda sustancia que, introducida en el organismo animal, provoca la formación de anticuerpos, son antígenos las bacterias vivas o muertas.
- COLPOSCOPIO:** (De colpo-y el gr skopen, observar) Especulo vaginal.
- CONGELACIÓN:** (Del lat-congelation-anis) conjunto de alteración locales generales producidas por el frío especialmente la necrosis de una parte extrema por la exposición a bajas temperaturas.
- DISPLASIA:** (De dis-y el gr formar) Carácter físico de degeneración.
- ENDÓGENO:** (De endo- y el engendrar-producir) Originado dentro del organismo, independiente de los factores externos.
- EXÓGENO:** (De exo- y el producir) que origina en el exterior del cuerpo que es debido a una causa externa.
- ECTROPIÓN:** Versión hacia afuera del borde de una parte, especialmente del párpado inferior, de lo cual resulta una falta de protección y resecaamiento de la conjuntiva vulbar.
- EXPLORATIVO:** Se realizan con miras a consecución de datos fieles y seguros para la sistematización de estudios futuros.

- HIDROSOLUBLE:** Emulsoide líquido cuya fase de dispersión es el agua.
- HIBRIDACIÓN:** Producción de híbridos.
- HUÉSPED:** (Del latín hospes) Animal o planta en que vive otro organismo parasitario-gemelo relativamente normal o autocito en el que esta inserto el gemelo parásito.
- INSITU:** (Loc. lato) En su lugar natural.
- INCIDENCIA:** Acto o modo de caer, forma en que un cuerpo cae sobre otro en estadística sanitaria, proporción de enfermos nuevos de una enfermedad por número de habitantes en un espacio de tiempo.
- LONGITUDINAL:** Estudio que se realiza a lo largo de un período de tiempo.
- MALIGNO:** Virulento o pernicioso; dicese de las enfermedades que se desarrollan rápidamente con tendencia a la invasión general y gravedad en aumento. En oncología, dicese de la neoplasia que en vez de permanecer localizada en su sitio de origen, produce metástasis e invasión hacia diversos tejidos sanos; es decir, es un tumor que siempre se generaliza.
- MULTIFOCAL:** Se dice del objeto con el cual se obtienen diferentes tamaños de aumento en función de las variaciones de las distancias focales de sus lentes.
- METAPLASIA:** Formación de un tipo de tejido adulto, por células que normalmente producen tejido de otro tipo; si las células progenitoras son epiteliales, el tejido metaplásico será epitelial.

- ONCOGÉNESIS:** Producción de tumores.
- ONCOGENO:** Que provoca formación de tumores.
- PERSISTENCIA:** Insistencia, constancia en el intento a la ejecución de una cosa.
Duración permanente de una cosa.
- PODOFILINA:** Resina del rizoma y raíces del podofilo, purgante colágeno empleado en el estreñimiento crónico.
- RETROSPECTIVA:** Hechos ocurridos en el pasado y presentes.
- RECURRENCIA:** Calidad de recurrente reaparición de los síntomas después de una remisión.
- TRANSMISIÓN:** (Del latín transmissibil) trascendencia, contagio o comunicación de las enfermedades.
- VACUOLIZACIÓN:** Proceso de formación de vacuolas, de generación vacuolar.