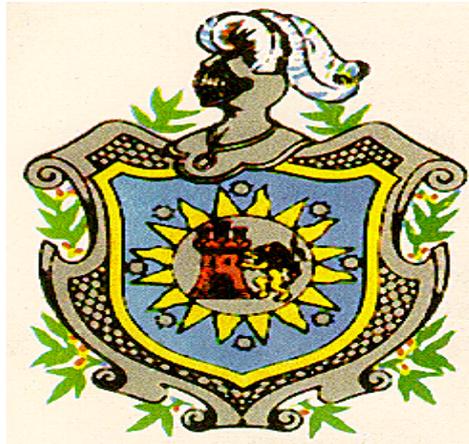


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN CIENCIAS DE
ENFERMERÍA**

TITULO

Factores socioeconómicos y culturales asociados con la infección por virus de Papiloma Humano en las pacientes con VPH del Hospital Cesar Amador Molina en Matagalpa Octubre-Noviembre 2006.

Autoras

Bra: Josefina del Carmen González Ruiz
Bra: Miriam del Carmen Moreno Arauz
Bra: Zoila Lastenia Rodríguez

Tutora

Lic. Clementina Tercero Romero
Docente de la Facultad de Enfermería

Asesora:

Msc. Thelma Díaz de Paredes

León, Junio 2008

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar los factores socioeconómicos y culturales asociados con la infección por virus del papiloma humano en pacientes con VPH inscritas en la clínica ginecológica de la consulta externa del hospital Cesar Amador Molina de Matagalpa octubre – noviembre 2006.

El tipo de estudio es cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, el área de estudio fue la clínica ginecológica del hospital Cesar Amador Molina de la ciudad de Matagalpa.

El universo fueron 70 pacientes con diagnóstico de VPH a través del papanicolau, colposcopia y biopsia, no hubo muestra. Se estudio el total de pacientes.

Las variables son factores socioeconómicos y culturales, infección por el virus del papiloma humano. El instrumento que se utilizó fue la encuesta con preguntas cerradas. El procesamiento de la información fue a través del programa de epi info los aspectos éticos utilizados fueron la confiabilidad y el anonimato.

De las 70 mujeres el mayor grupo de edad se encontró entre 22 y 26 años 15(21.4%), 41(58.6%) eran solteras, 20(28.6%) tenían secundaria completa, 40 (57,1%) eran católicas 67(95.7%) eran domésticas y ama de casa, 24 (34.3%) reciben más de 500 córdobas mensuales, 16(22.8%) 3 personas dependen de ellas, 30(42.8%) habitan más de 8 personas en la casa que ellas habitan, 30(42.8%) existen 3 cuartos, 52(74.3%) dijeron conocer sobre las enfermedades venéreas, 30(42.8%) iniciaron vida sexual activa entre 12 y 16 años, 46(65.7%) se realizaron el papanicolau cada 6 meses, 37(52.9%) tuvieron más de 3 parejas, 34(77%) usaron métodos de planificación familiar, 21(30%) tomaban píldoras, 66(88.6%) recibieron tratamiento específico contra el virus del papiloma humano, 18(25.7%) dijeron sufrir violencia.

Los factores más relacionados son el bajo nivel académico, el inicio de vida sexual activa a temprana edad, el tener múltiples parejas, el bajo ingreso económico, el desconocimiento de la enfermedad y el no uso de protección dual.

Se recomienda a la dirección de enfermería del Hospital Cesar Amador Molina incluir temas de VPH en el programa de educación continua, al personal de enfermería en general que enfatice consejería sobre medidas de prevención del VPH y a la dirección de enfermería del SILAIS continuar con el proceso de captación y realización de papanicolau a toda mujer que acuda a los servicios de salud.

AGRADECIMIENTO

A nuestro compañero Miguel Estopiñan que con paciencia y entusiasmo nos oriento a seguir adelante y concluir con nuestro trabajo monográfico. Que Dios lo bendiga y proteja a lo largo de su vida.

Josefina González R.

Miriam Moreno A.

Zoila Rodríguez.

DEDICATORIA

A nuestro señor Jesucristo, por haberme dado la fortaleza, el amor y el ánimo sobre todo para hacer las cosas y seguir adelante.

A mis padres que con mucho amor me supieron comprender, y respetaron mis ideas de realizar esta visión.

A mis hijos, esposo que con todo el dolor de mi alma me veía en la obligación de dejar solos, pero sin embargo siempre conté con el cariño y apoyo de ellos.

Josefina González R.

AGRADECIMIENTO

A Dios sobre todas las cosas, porque sin su poder no hubiese obtenido la salud, la energía el deseo de realizar y seguir adelante en nuestros estudios.

A mi núcleo familiar que cada quince días se les hacia largo el tiempo sin mi presencia física, pero aun así aceptaron mi decisión.

A todos los profesores, y en especial ala Lic. Nubia Meza que con todo orgullo, amor y paciencia me brindo confianza y valiosa colaboración en mi desarrollo personal.

Josefina González R.

DEDICATORIA

A Dios que me dio la fortaleza e inteligencia y me guía a lo largo de la vida para realizar mis sueños profesionales.

A mi familia que siempre me apoyo y animo a seguir adelante en mis estudios.

A mi mama por el apoyo incondicional que me dio y por que siempre estuvo pendiente de que todo me saliera bien.

Miriam Moreno A.

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso que me protegió y me guió en el camino de la vida y permitió que terminara mis estudios.

A mi mama y hermanos que me permitieron dejar mi hogar en dos años para que me profesionalizara.

A cada una de mis profesoras que con amor y profesionalismo me ayudaron en mi desarrollo profesional.

Miriam Moreno A.

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo a Dios por iluminar mi mente, por darme sabiduría e inteligencia, por permitirme terminar este trabajo con éxito.

A mi madre por el apoyo incondicional que me brindo al quedarse a cargo de mis hijos para poder superarme con mis estudios y guiarme en la vida diaria.

A mis hijos que limitándose de muchos derechos, me impulsaron a salir adelante

Zoila Lastenia Rodríguez

INDICE

INTRODUCCION.....	10
JUSTIFICACION.....	12
PROBLEMA.....	13
OBJETIVO GENERAL.....	14
OBJETIVO ESPECIFICO.....	14
MARCO TEORICO.....	15
FACTORES SOCIOCULTURALES.....	15
FACTORES OCIOECONOMICOS.....	15
EL VIRU DE PAPILOMA HUMANO.....	16
PATOGENIA Y PERIODO DE INCUBACION.....	23
VIAS DE TRANSMISION.....	24
CLASIFICACION DE LA INFECCION VPH.....	25
FACTORES DE RIESGOS.....	26
ENFERMEDADES ASOCIADAS.....	27
CUADRO CLINICO.....	27
PRUEBA DIAGNOSTICAS.....	28
TRATAMIENTO.....	28
<i>USO DE OTROS METODOS OBSOLETOS.....</i>	30
<i>ASPECTOS HIGIENICOS, EDUCACION DE LA PACIENTE.....</i>	31
<i>HIPOTESIS.....</i>	33
<i>DISEÑO METODOLOGICO.....</i>	34
<i>RESULTADOS.....</i>	36
<i>DISCUSION.....</i>	39
<i>CONCLUSIONES.....</i>	40
<i>RECOMENDACIONES.....</i>	41
<i>BIBLIOGRAFIAS.....</i>	42
<i>ANEXOS.....</i>	44

INTRODUCCION

Desde hace varias décadas se ha observado la estrecha relación que tiene el virus de papiloma humano con agentes de transmisión sexual. Inicialmente se pensó en el Herpes virus tipo II. Posteriormente; con el desarrollo de técnicas de biología molecular se pudo demostrar la asociación del virus de papiloma Humano con cáncer Cervico uterino.

En la actualidad se han identificado 100 genotipos de virus de papiloma Humano; la historia natural de la infección por los diferentes tipos de estos virus, no es clara; puesto que este agente por si solo no es determinante del proceso oncogénico. Las diversas manifestaciones subclínicas y latentes de la infección por virus, se constituyen en los obstáculos mas importantes para la detección precoz clínica y cito histológica de esta infección. El estudio, su comportamiento poblacional ha estado restringido por la falta de sistema de información o subregistros, falta de sistemas de notificación publica y baja cobertura en servicios de salud. En los programas de prevención del virus de Papiloma Humano la prueba de papanicolao ha sido el método de tamizaje por excelencia, por ser de bajo costo, sencillo. Esta prueba ha tenido un gran impacto sobre la incidencia y el índice de mortalidad por cáncer notándose una disminución en el número de casos.

Representa una de las infecciones más comunes que provoca una de las enfermedades de transmisión sexual y paradójicamente una de las más importantes en este momento, pudiendo cursar con un cuadro subclínico y por lo tanto sin síntomas haciendo que la paciente no tenga conocimiento a menos que aparezcan alteraciones en la prueba de Papanicolau o Colposcopia.⁽¹⁾

Actualmente el virus se encuentra ampliamente difundido en todo el mundo, diversas series de investigaciones lo han ubicado entre el 36% y el 74% de la población.

Al menos el 50% de las personas sexualmente activas contraerán VPH genital. La mayoría ni siquiera sabrá que lo tiene. El VPH genital es un virus común entre hombres y mujeres sexualmente activos.

En los Estados Unidos, el virus del papiloma genital humano (VPH) es el virus más común transmitido sexualmente. Al menos la mitad de los hombres y mujeres sexualmente activos contraerán VPH genital en algún momento de sus vidas. ⁽²⁾

Estimaciones recientes en Nicaragua, sugiere que en las edades de mayor actividad sexual la prevalencia de infecciones por el virus P H, puede afectar hasta un 40% de la población femenina con tasas de infecciones de un 10 – 15% anual y en los grupos de mas de 30 años, la prevalencia se reduce a un 5 – 10%.

Desde el 1990 se inicia la elaboración de trabajos e investigación en Nicaragua dando como resultado, la necesidad de modernizar y reestructurar las actividades de prevención secundarias del cáncer uterino.

Este problema ha trascendido y en términos de salud publica, su alta frecuencia se da en la población de estratos socioeconómicos mas bajos, las que no han recibido una buena información sobre el personal de salud en diferentes áreas he históricamente han sido desprotegidas.

En Matagalpa el número de casos de usuarias con Papiloma del virus Humano aumenta en los últimos años, el Ministerio de Salud Nacional, hace énfasis en este problema que afecta a las mujeres mas vulnerables e impulsa programas que las benefician.

En el hospital de Matagalpa no hay estudios realizados; pero se ha estructurado una clínica para la atención de usuarias con problemas ginecológicos en seiscientas cuarenta citologías realizadas, ciento veintiuno resultados salieron positivo con este virus ⁽³⁾

JUSTIFICACION

Regularmente cada año se hace análisis de los casos que presentan VPH la mayoría pueden ser evitados mediante medidas de prevención o tratamientos siempre que las mismas puedan ser detectadas y atendidas de forma precoz.

Actualmente la clínica ginecológica del hospital Cesar Amador Molina no existe ningún estudio que mida la relación existente entre los factores de riesgo que inciden en el desarrollo de esta enfermedad.

Este estudio se realizó para indagar los factores que más están relacionados con su aparición y sus resultados permitirán buscar estrategias para una mejor atención a pacientes con este tipo de problemas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores socioeconómicos y culturales asociados con la infección por virus de Papiloma Humano en las pacientes con VPH del Hospital Cesar Amador Molina en Matagalpa Octubre-Noviembre 2006?

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores socioeconómicos y culturales asociados con la infección por virus de Papiloma Humano en las pacientes con VPH del Hospital Cesar Amador Molina en Matagalpa Octubre-Noviembre 2006.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar las variables sociodemográficas y económicos en las pacientes con Virus del Papiloma Humano
2. Identificar los factores culturales en las pacientes con Virus del Papiloma Humano.
3. Describir como influyen los factores sociodemográfico y económico con la patología VPH de las pacientes en estudio.

MARCO TEORICO

Factores socioeconómicos.

El nivel socioeconómico es tu estilo de vida basado en la cantidad de riqueza que tienes, y con el cual (muy capitalistamente) eres colocada en un nivel de la sociedad. Es cuando dicen que eres de "estatus" alto, medio o bajo, es decir, ricos, sobrevivientes y pobres.

Parte de la importancia que tiene para diversos propósitos la medición del nivel socio-económico, para luego mostrar las variaciones en los resultados al aplicar distintos métodos, tanto en la medición de la pobreza, concluye que las variables con mayor peso son: tipo de vivienda, ingreso familiar, servicios básicos y nivel educativo promedio de los hogares. ⁽⁵⁾

La evolución de la ciencia médica ha dado un vuelco con el descubrimiento del genoma humano, el conocimiento de mapa genético de la humanidad, abre nuevas posibilidades para la prevención y cura de diversas enfermedades, las cuales carecen de cura, un ejemplo de ello es el cáncer cervico – uterino, cuya causa principal es la infección del virus del Papiloma Humano.

Gracias a avances médicos ahora es posible “detectar en etapas tempranas el virus del Papiloma Humano” (VPH), precursor de este tipo de cáncer.

Factores socioculturales

Se entiende por Sociocultural una forma de entender la realidad social. Por ejemplo, un análisis sociocultural del medio, o un estudio de factores de vida y la cultura en que se desenvuelven los protagonistas de este.

"Lo que algunos llaman `modernización y otros llamamos implantación y extensión de las relaciones de producción capitalistas ha sido un proceso que ha modificado profundamente las relaciones entre los seres humanos. Esta `modernización ha acabado con toda una serie de mecanismos que vinculaban a las personas particulares con la comunidad más amplia. Aunque no fuera su `intención ha hecho entrar en crisis a la familia, a la religión o a la vida comunitaria. Esta destrucción de vínculos conlleva un desligamiento de las

creencias comunes de las personas capaces de regular con mayor o menor medida sus relaciones sociales. La des-vinculación se vive, a su vez, como angustia existencial, como pérdida del sentido de la propia vida" (Colectivo En pie de paz, 1995)

El Virus de Papiloma Humano.

El virus de papiloma humano o papilomavirus humano (VPH) es un grupo de más de 80 tipos de virus, se llaman papilomavirus porque ciertos tipos pueden causar verrugas o papilomas, que son tumores benignos (no cancerosos). Pueden crecer en las manos, en los pies, en la boca y el área genital, tanto en los hombres como en las mujeres, son conocidos como condiloma acuminado y están asociados con dos tipos de estos virus, el número 6 y el número 11. ⁽⁴⁾

Según Alcides León, el virus del Papiloma Humano es una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes y una de las menos conocidas.

VPH puede alojarse en el organismo sin mayor ruido y cuando llega es para quedarse de por vida; sino se trata a tiempo.

Koos fue el primero en reconocer, en 1956, los cambios citológicos producidos por el VPH y creó el término Coilocitosis, pero no se reconoció su importancia, hasta 20 años después cuando Meisel observó estos cambios en las displasias, pues el VPH, ha sido demostrado en todos los grados de Displasia.

Según Guillermo de Palo, actualmente se encuentran ampliamente difundidos en todo el mundo, diversas series de investigaciones lo han ubicado entre el 36% y 74% de la población. En el año 1979, ya representaba la segunda causa de la infección de transmisión sexual, para entonces con una incidencia del 26%, sin embargo el aumento de la prevalencia de esta infección en las últimas décadas ha sido impresionante.

4. De Palo G, Stefanon GB. Pilotti, colposcopia y patología del tracto genital inferior. Infección por el Virus de Papiloma Humano. 2da Edición. Editorial Medica Panamericana, 1992, Madrid, España. Vol. I. Pág. 135-208.
5. Sedlacek T. Avances en el Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones por Virus del Papiloma Humano. 2da Edición. Editorial Panamericana. 1999 México. Vol. I Pág. 191-202.

En muchos países desarrollados existen programas de detección citológica cervical que varía en grado de organización e intensidad pero que tiene como objetivo reducir la mortalidad por cáncer de cervix por medio de la detección temprana y del tratamiento de alteraciones epiteliales “Premalignas” del cuello uterino. Una corriente de investigaciones epidemiológicas sugiere de manera consistente que existe un agente de transmisión sexual, un virus que tiene función etiológica importante en la génesis de este tumor y en la actualidad atrae la atención hacia el virus de papiloma humano (VPH).

La infección por el VPH produce otras enfermedades que incluyen verrugas genitales, infecciones subclínicas que pueden identificarse solo con el colposcopio o el microscopio de luz en material histológico o infecciones latentes en las que la única evidencia es la demostración de secuencias específicas de DNA del VPH determinadas en muestras citológicas o histológicas molecular que la identificación de secuencias de base de DNA del VPH permite identificar secuencias virales comprendidas con la génesis del carcinoma de cervix.

Se han descrito aproximadamente 70 tipos de virus de papiloma humano y 20 de estos se han identificado en el tracto genital humano. Existen informes de que el virus de papiloma humano se encuentra en 80 a 100 % de las lesiones intraepiteliales de grado alto (grado 3) y en tejido de cáncer de cervix. ⁽⁵⁾

Neoplasia cervical Intraepitelial:

Las lesiones pre-neoplásicas del cuello uterino es decir, precursoras del cáncer cervicouterino, han sido ampliamente estudiadas y discutida en los años de la década de los 1930 hasta la actualidad.

La displasia es una lesión en la cual parte del espesor del epitelio esta sustituido por células que muestran grados variables de atípia. Las anomalías epiteliales comprendidas en las denominaciones de displasia se observan en el epitelio pavimentoso de la portio tanto como en el epitelio metaplásico de la mucosa exocervical; la displasia puede dividirse en 3 grados: leve, moderado y grave según el grado de atípia celular y de la arquitectura epitelial.

El concepto de neoplasia cervical intraepitelial indicado con mayor frecuencia con el acrónimo CIN (del ingles Cervical, intraepitelial Neoplasia) anula el sistema dualista "carcinoma in situ" y considera a las lesiones pre-neoplásicos del cuello uterino como un fenómeno unitario, continuo e ingravesciente, con diversos grados de anomalías de diferenciación y de maduración celular en el espesor del epitelio cervical hasta el compromiso total de esta, con la configuración morfológica del carcinoma in situ.

Esquema histológico

El NIC I: caracterizado por células con alteraciones de su diferenciación que se encuentran en el tercio inferior del epitelio correspondiente a la displasia leve.

El NIC II: Se establece cuando las células con diferenciación alterada ocupan los 2/3 del estrato epitelial y corresponde a la displasia moderada.

El NIC III: se basa cuando células diferenciadas ocupan el espesor del epitelio hasta una altura superior a los 2/3 o todo el espesor y corresponde a la displasia grave y al carcinoma in situ.

Patogenia

La historia natural convencional del cáncer del cuello uterino considera como agente desconocido que actuando sobre las células de reservas o sobre el epitelio metaplásico de la zona de transformación extremadamente receptivo para cualquier agente nocivo y en presencia de cofactores inmunológico, hormonales etcétera, determina modificaciones morfológicas que se evidencian mediante la colposcopia en los diversos grados de la transformación anormal y que corresponde histológicamente al NIC de grado progresivo hasta el carcinoma invasor. La reinterpretación del esquema convencional identifica en el agente desconocido al HPV, determina una proliferación epitelial que puede mantenerse como tal, experimentar una regresión o progresión o desviarse en sentido neoplásico.

Datos morfológicos

Coexistencia de infección por HPV con el NIC, sea como evidencia morfológica de infección sobre agregada o como infección adyacente.

Presencia de lesiones intraepiteliales sincrónicas en localización cervical y vulvar asociadas con el HPV.

Coexistencia de infección por HPV en los carcinomas invasores e in situ del pene.

Cofactores

Desde el comienzo de la década de 1990 se pensaba que aún admitiendo el papel de HPV en la génesis del carcinoma escuamocelular del cuello uterino, i sin más, de los carcinomas del tracto genital inferior, la sola infección por HPV no sería capaz de inducir la transformación neoplásica. Si bien los clásicos factores de riesgos del carcinoma del cuello uterino indicarían con los factores de riesgos de la infección por HPV; La gran difusión de esta, el alto porcentaje de regresión espontánea de la infección y por último el diverso pico de la

incidencia de la infección por HPV (en edad joven) y del carcinoma del cuello uterino (cuarta y quinta década de vida).

En general, la participación del HPV en la cancerogénesis puede resumirse así:

- Algunos HPV son potencialmente oncogénicos.
- Los factores del huésped controlan y previenen el crecimiento maligno inducido por estos virus.
- Los carcinógenos químicos o físicos actúan sinérgicamente con el HPV determinando la inducción neoplásicos.

Los cofactores que se toman en consideración para el cuello uterino son: el Virus Herpes Simple tipo 2 (NSV 2), los factores inmunológicos, el humo del cigarrillo y los factores hormonales.

HSV 2: Se han planteado hipótesis de que el carcinoma del cuello uterino era el resultado de dos mecanismos: Una infección por HPV “promotora” y un fenómeno iniciador constituido por el HSV 2.

Esta hipótesis se confirmó con la presencia simultánea de secuencias de DNA de HSV 2, HPV 16, HPV 18 y HPV 16/18 en la neoplasia intraepitelial del tracto genital inferior destacando un posible papel del HSV 2 en fases iniciales de la transformación neoplásica.

Factores inmunológicos

Las mujeres sometidas a trasplantes de órganos y consecuentemente a tratamiento inmunosupresores, así como las portadoras de neoplasias que siguen un régimen de quimioterapia antitumoral, tienen un elevado riesgo de desarrollar un carcinoma de cuello uterino.

El NIC asociado con infección por HPV, puede progresar con mayor rapidez a un carcinoma invasor en las mujeres inmuno deprimidas con respecto a los inmuno competentes.

Humo del Cigarrillo

Los mecanismos por los cuales el humo del cigarrillo podría aumentar el riesgo de carcinoma del cuello uterino serian los siguientes:

- Los componentes del humo del cigarrillo se transmiten a través de la sangre a los órganos y tejidos distantes, además de encontrar nicotina y cotinina en la sangre, saliva y orina, en consecuencia el cuello uterino puede estar sometido en forma local a los efectos mutagénicos y cancerígenos de los componentes del humo del tabaco.
- El humo del cigarrillo esta asociado con una franca depleción numérica de la célula de Langerhans en el epitelio cervical normal; en el afectado por infección por HPV y por NIC asociado por infección por HPV, no se sabe cual es el componente o el metabolito del humo, responsable de la disminución de las células de Langerhans en el epitelio cervical. La inmunodeficiencia local que se instala como consecuencia de la disminución de las células de Langerhans puede explicar el medio por el cual el humo del cigarrillo contribuye al desarrollo de la neoplasia cervical.

Factores hormonales.

No existen datos reales sobre las hormonas como cofactores en la génesis del carcinoma del cuello uterino, la relación entre anticonceptivos orales y neoplasias ha sido objeto de numerosos estudios epidemiológicos, con resultados contradictorios.

Historia natural.

La evolución teórica del CIN es la de una progresión regular del CIN I al CIN II, al CIN III, y de ahí a la invasión del estroma, es decir al carcinoma invasor. Se saben que existen dos tipos de estudios sobre la historia natural de la displasia cervical. El primer tipo evalúa la historia natural de la displasia cervical diagnosticada mediante el examen citológico, este tipo de

estudio tiene su limitación en el hecho que al basar el diagnóstico en un extendido citológico; no puede ser descartada la existencia de lesiones más graves desde el momento del diagnóstico.

El segundo tipo de estudio valora la historia natural de la displasia cervical después del examen histológico. Este tiene tres condicionamientos. En primer lugar "la interpretación diagnóstica" es conocida la variabilidad diagnóstica en el CIN, en o, sugiere que la frecuencia de la progresión de un CIN de bajo grado a un CIN de alto grado está condicionada por el grado de certeza diagnóstica del patólogo. El 2do punto es que áreas de CIN de bajo riesgo pueden coexistir con áreas de CIN de alto grado, así como áreas de CIN III se hallan a menudo presentes en los bordes de un carcinoma invasor.

Un tercer punto importante es que el diagnóstico de CIN es excisional, por lo tanto, puede extirparse enteramente algunas lesiones con una biopsia cervical. Determinando de este modo una aparente regresión espontánea y en consecuencia una reducción de los casos que podrían transformarse en invasores.

Esta fuera de duda que una parte de los CIN pasa a CIN II que ahí a CIN III; y está comprobado que una parte de los CIN III se transforman en Carcinoma invasor, del mismo modo que no existen dudas que un elevado porcentaje de los CIN I citológicos experimentan regresión.

Se calcula que en las lesiones las del CIN III la progresión a carcinoma invasor se producen de un 20 a 60% de los casos con un tiempo de tránsito calculado sobre la base de la edad de incidencia; que dure de diez a quince años. Recordemos que el porcentaje de regresión y progresión del CIN de alto grado es difícil de establecer puesto que son sometidas a tratamiento.

Diagnóstico.

La CIN es totalmente asintomática la anamnesis, por lo tanto no puede orientar en el diagnóstico de estas lesiones. Igual sucede con la inspección del cuello uterino mediante espejo, disponemos actualmente de tres métodos diagnósticos de probada eficacia para detectar CIN: Citología

exfoliativa, colposcopia y biopsia. El CIN III alcanza su máxima incidencia en la tercera y cuarta década de la vida, mientras que el carcinoma invasor tiene una incidencia máxima en la cuarta y quinta década de la vida.

El CIN, por lo tanto tiene el máximo de incidencia años antes que el pico máximo de incidencia del carcinoma invasor. El CIN III es un hecho raro después de los 50 años, son evidentes las implicaciones de estos en el contexto de un programa de detección.

El CIN puede tener localización exocervical, exoendocervical. La célula que constituye el cuadro cronológico del CIN I es de modo exclusivo, de tipo superficial e intermedia, de elementos isodiamétrico, poligonales con citoplasma abundantes, puede haber células superficiales, fusiformes nucleadas o no, con citoplasma, los núcleos son únicos o múltiples, sobre todo en presencia de infección por la HPV de forma redondeada.

El CIN III (Displasia Moderada) se caracteriza por la presencia de elementos de tipo superficial o intermedio junto con células parabasales discarióticas, presentara un núcleo de 2 o 3 veces más grandes que lo normal, con cromatina granular. El CIN III (Displasia Grave carcinoma in situ), las células tienen dimensiones que varían desde una célula de reserva a las de una célula parabaza la relación núcleo - citoplasma, el núcleo rodeado en general por escaso citoplasma, presenta un aspecto florido con membranas nucleares engrosada y multi lobular por la presencia de profundas incisiones.⁽⁶⁾

PATOGENIA Y PERIODO DE INCUBACION

La vida sexual es la modalidad de contagio más común y la infección clínica (condilomas acuminadas) que tiene una elevada carga viral, es más contagiosa que la infección subclínica; sin embargo, la transmisión de la infección no es obligatoriamente sexual y el virus puede ser transmitido también por otras vías.

⁽³⁾

El contagio de la infección genital por VPH se produce por medio de pequeños fragmentos de tejido infectado que penetran a través de micro abrasiones

producidas como consecuencia de traumatismo durante la relación sexual. La topografía de las lesiones es por lo tanto, típica de los sitios más expuestos a traumatismo, y de tal modo en el cérvix, la localización más frecuente es la zona de transformación donde el epitelio es más frágil y en vulva las localizaciones más comunes se hallan en la cara interna de los labios menores y el vestíbulo, que son las zonas más expuestas durante el acto sexual.

El VPH penetra inicialmente en las células del estrato basal expuestas a una serie de micro traumatismo, los viriones pierden su involucro proteico y el genoma viral llega al núcleo de la célula donde se establece en forma episómica.

Si bien no se conoce el mecanismo exacto, se cree que el virus se aplica en los núcleos de las células del estrato basal, donde pueden ser localizados por la infección a otras áreas contiguas del epitelio.

El período de incubación de la infección clínica, es decir el intervalo entre la exposición al agente infeccioso y la manifestaciones clónicas de la infección varía, de acuerdo con los informes entre 4 y 6 semanas, y 8 meses con una media de 3 meses.

6. Pravia Lazo, Mayela del Carmen. Abordaje y seguimiento diagnóstico de las lesiones cervicales preinvasoras en pacientes atendidas en la clínica de patología cervical en el período de enero 2004 a enero 2005 del Hospital Cesar Amador Molina de Matagalpa. León, 2005.

3. Lira P.. Incidencia del Virus del Papiloma Humano en usuarias de la Clínica de Profamilia de Matagalpa en el periodo de enero a diciembre, Protocolo de Investigación. 2002. Matagalpa 2003.

El virus puede permanecer en un estado de latencia "infección estable", de hasta 25 años, es decir algunos virus pueden permanecer dormidos en la persona infectada, y esta no presenta vestigios de dicha infección y posteriormente activarse y formarse las lesiones visibles al examen médico o que se de a través de la citología.

VIAS DE TRANSMISION

Sexual: El coito es la principal vía de transmisión, puede contagiarse durante los juegos sexuales y las diferentes prácticas sexuales, anal, oral; los

productos que se utilizan durante la menstruación como toallas sanitarias, tampax, transportan virus lo refieren y transmiten facilitando la vía de transmisión.

No sexual: Cada vez se acumula más evidencia de la adquisición de contagio del VPH por una vía no sexual. Se ha encontrado VPH de vulva y cérvix de mujeres que aseguran no haber tenido una actividad sexual vaginal, además los tipos de VPH de alto y bajo riesgos encuentran en una gran variedad de tejidos no genitales, incluyendo papilomas de laringe, tejido esofágicos, mucosa oral normal y tumores malignos de la cavidad oral (Woodman 1994, Casson et al 1995).⁽⁷⁾

Las bases que sostienen la transmisión no sexual de VPH provienen de observaciones en relación con baja concordancia entre parejas heterosexuales para la presencia de tipo de VPH identificadas.

Familiar y Hospitalaria por Fómites: Es probable que VPH puede ser transmitido por fomites, es decir por contagio indirecto, por medio de objetos inanimados como toallas, ropa de cama e íntima, como también por verrugas cutánea y aun a través de instrumental ginecológico.

Si bien no conocemos el tiempo de supervivencia del virus fuera del organismo, se cree que es muy corto y por lo tanto, solo puede ser posible la transmisión por fomite durante periodo muy limitado.⁽³⁾

7. De Schryver, Meheus A. Epidemiología de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Panorama Mundial. Boletín de la Oficina Sanitaria. Editorial Panamericana 1993. México, Pág. 135-208.

3. Lira P.. Incidencia del Virus del Papiloma Humano en usuarias de la Clínica de Profamilia de Matagalpa en el periodo de enero a diciembre, Protocolo de Investigación. 2002. Matagalpa 2003.

Materno neonatal:

Esto ha quedado demostrado por el hecho de que el VPH puede ser transmitido en el momento del nacimiento por medio de las secreciones vaginales infectadas a la mucosa oro faríngea, laríngea y genitales del neonato.

Auto incubación:

Esta vía puede ocurrir por la posibilidad de una infección conjuntival en mujeres portadoras de infección genital.

CLASIFICACION DE LA INFECCION DE VPH:

CLINICA: Es la forma que se evidencia clínicamente, es decir mediante la observación a simple vista. Esta no presenta dificultades diagnósticas por que se caracteriza por excrescencia carnosa de los genitales externos denominados vulgarmente cresta de gallo, aunque existen pequeñas neoformaciones sensibles, papilares múltiples en forma de pequeñas crestas, se localizan en regiones húmedas, en especial en aquellas expuesta a roces durante el coito. Así los sitios mas comunes son los labios menores, el vestíbulo, zona anal y peri anal y menos frecuente el clítoris y labios mayores. Las lesiones exofíticas están relacionadas con el VPH, la localización cervical es muy rara.

SUBCLINICA: Es la forma que solo se evidencia con el uso del colposcopio (o de una lente de aumento), después de la aplicación prolongada de ácido acético al 5%, la infección subclínica difiere de la infección clínica únicamente a nivel macroscópico.

Es la forma más frecuente de infección por VPH del cuello uterino.

No obstante se distinguen otros tipos de infecciones por VPH.

1. **CONDILOMA PLANO:** Es mas frecuente y su localización es cervical, se caracteriza por estar desprovisto del componente conectivo.
2. **CONDILOMA INVERTIDO:** Relativamente raro, se caracteriza por desarrollarse a nivel de las criptas, metaplásicas en las zonas de transformación.
3. **CONDILOMA PUNTIAGUDO:** De localización predominante vaginal y vulgar, se caracteriza por epitelio particularmente proliferativo, con componentes conectivos mínimos.

LATENTE: Es la forma que solo se evidencia mediante técnicas de hibridación en tejido histológicamente normales.

CLASIFICACION DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO DE ACUERDO AL GRADO DE RIESGO

Existen aproximadamente 70 tipos diferentes de VPH que se clasifican de acuerdo a la secuencia que tiene el (ácido desoxirribonucleico) ADN; y cada tipo diferente de VPH solo infecta ciertos tipos de epitelios.

a). **Alto Riesgo o Precancerosos:** Son los que se pueden aumentar el riesgo de que las anomalías suaves se conviertan en anomalías más severas o en cáncer del cuello del útero que depende de una variedad de factores que cuentan conjuntamente con los tipos de VPH, estos pueden ser el fumar, la resistencia baja, la infección e infección con agentes diferentes al VPH.

b). **Bajo Riesgo:** Son técnicamente conocidas como condilomas acuminados y están generalmente asociados los tipos de VPH, estos son llamados bajo riesgo por que raramente se convierten en cáncer.

c). **Sin Riesgo:** Son los que se localizan en la piel, las manos que no causan ningún daño.

FACTORES DE RIESGO

Se considera que hay un riesgo mayor en homosexuales, bisexuales, inmunodeprimidos (pacientes con diálisis renal o transplantados), con SIDA, fumadores crónicos, promiscuos, drogadictos, cónyuge de pacientes contaminados por VPH y puede aumentar la predisposición por la ingestión de anticonceptivos, progesteronas o esteroides. ⁽⁸⁾

8. Gallego G. Citología Cervico Vaginal. 3ra Edición. Editorial Manual Moderno. 1995, México, Vol. I. Pág. 351-355.

Otros factores asociados son antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS), inicio de vida sexual en edad joven.

- Infección por virus de papiloma humano tipo II, VIH sida.
- Practicas de Relaciones Sexuales a edad temprana, menor de 18 años.
- Primer embarazo menor de 20 años.
- Promiscuidad (Prostitutas).
- No haberse practicado Papanicolao.
- Mujeres mayores de 35 años.
- Paridad elevada.
- Grupos socioeconómicos bajos.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- Pareja sexual de riesgo.
- Tabaquismo.
- Déficit de vitamina A, C y folato.
- Anticonceptivos orales, por más de 5 años.

ENFERMEDADES ASOCIADAS

Se ha investigado la existencia de otras enfermedades en asociación con el VPH, como las enfermedades de transmisión sexual, débil asociación con Chlamydia, trachomatis y más importante con cáncer cervical.

CUADRO CLINICO

No hay riesgos caracterizados de los papilomas cervicales, con frecuencia se descubren en los exámenes de rutina o colposcópico regulares a causa de displasia reveladas por el frotis de papanicolau. ⁽³⁾

Por lo tanto las infecciones subclínicas son siempre asintomáticas.

3. Lira P.. Incidencia del Virus del Papiloma Humano en usuarias de la Clínica de Profamilia de Matagalpa en el periodo de enero a diciembre, Protocolo de Investigación. 2002. Matagalpa 2003.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

La mujer debe obligatoriamente asistir a la consulta de un especialista en ginecología que este bien capacitado y actualizado, tanto en los métodos diagnósticos como en la terapéutica, al menos una vez cada seis meses durante toda su vida reproductiva y una vez al año después de la menopausia.

CLINICAMENTE: La metodología diagnóstica, se comienza por el estudio clínico, donde se observan los genitales externos, el perine, el ano y el cuello uterino.

CITOLOGIA O PAP: La citología es uno de los exámenes médicos periódicos más importantes en la vida de una mujer. Bajo ningún concepto una paciente debe dejar de realizarlo.

El test de PAP en los mejores laboratorios y utilizando la mejor técnica, tiene capacidad para realizar el diagnóstico de VPH y NIC en tan solo el 70% aproximadamente de las mujeres que padecen de estas lesiones.

COLPOSCOPIA

La Colposcopia es un método indispensable para el diagnóstico de la infección subclínica. Este examen además de ser útil para diagnóstico, es indispensable para evaluar la extensión de la lesión y guiar la biopsia.

Este método diagnóstico en manos de un especialista bien capacitado tiene una efectividad diagnóstica del 94 – 98%, ambos métodos deben ser utilizados en forma conjunta ya que son complementarios. La biopsia deberá realizarse en el momento en que se realiza la Colposcopia siempre y cuando se visualice la llamada atípicidad epitelial (tejido anormal).

TRATAMIENTO

Si en una prueba de PAPS se detectan cambios en las células que preocupan, el siguiente paso normalmente es una colposcopia y una biopsia de cualquier área anormal. Actualmente no existe cura médica para eliminar una infección del papilomavirus, las lesiones intraepiteliares escamosa y las verrugas que estos virus causan pueden ser tratadas.

El control de la infección por VPH se basa en 3 puntos.

1. Educación a la población.
2. Educación de personal sanitario.
3. Tratamiento.
 - a) Cauterización en frío.
 - b) Tratamiento láser.
 - c) Tratamiento de incisión quirúrgica por medio del asa eléctrica.
 - d) Cirugía convencional
 - e) Los químicos como: podofilina y el ácido tricloroacético.
 - f) Crema Imiquimod.

1. Educación a la población: Según la organización mundial de salud recomienda:

- Evitar parejas sexuales múltiples u ocasionales.
- Usar anticonceptivos de barrera (condones).

La anticoncepción con el uso de condones y quizás otros métodos de barrera pueden prevenir la infección primaria y la reinfección.

- Efectuar una visita médica al primer síntoma o signo de lesión.
- Hacer examinar siempre al compañero sexual.

2. Educación del personal sanitario: Educar al personal en cuanto a cuales son los medios para llegar a un diagnóstico correcto de VPH. Enseñar que la transmisión de la infección por VPH, también puede producirse por medio de fomites. Se ha encontrado el virus en instrumentos no bien esterilizados y en los frascos para ácido acético usados repetidamente, por lo tanto es absolutamente necesaria la correcta esterilización de todos los instrumentos quirúrgicos reutilizables (pinzas de biopsia, pinza de anillo, espéculos, guantes, etc.)

Se han utilizado diferentes medios para el tratamiento de la infección por VPH que pueden dividirse en medios invasivos y no invasivos.

a). **No invasivos:** son agentes cáusticos como el ácido tricloroacético, antimicótico como la podofilina, la podofiloxina y el flurouracilo, agentes antivirales como el interferón.

b). **Invasivos:** son medios de destrucción de los tejidos como la diatermorregulación, la vaporización con láser de CO₂, técnicas como la resección con láser de CO₂ O LEEP, o un bisturí en frío.

- a. **Diatermorregulación:** Es el método de tratamiento más usado en los condilomas genitales externo y en el cervix.
- b. **Láser de CO₂:** La vaporización o resección con láser de CO₂ es el método más utilizado.
- c. **LEEP:** (Procedimiento Excisional con asa Eléctrica) es un método de reciente introducción, principalmente útil en lesiones en vulva y perine.

USO DE OTROS METODOS OBSOLETOS

El uso de Bleomicina metotrexato y tiotepapodofilina y la Podofilotoxina al 0.5% se usa por cuatro días y sólo en lesiones de vulva y perine, no se utiliza en cervix, vagina, uretra y ano y está contraindicado durante el embarazo y la infancia.

La Podofilina: Al 20 – 25% 1 o 2 aplicaciones por semana con lavados 4 horas después, también contraindicado en el embarazo.

Flourouracilo: Se usa al 5% en forma de pomada, provoca eritema, ardor, disuria.

Acido Tricloroacetico: Se utilizan al 90% con aplicaciones una vez a la semana correctamente, puede provocar úlceras.

Una forma eficaz de prevenir el VPH es el uso correcto del condón en todas las relaciones sexuales. Para las mujeres la citología es la forma más efectiva de detectarlo. En el hombre es efectiva la revisión del urólogo. El Virus del Papiloma Humano (VPH) puede ser un factor desencadenante de cáncer, pero detectado a tiempo puede ser curado. Toda mujer que haya tenido relaciones sexuales por lo menos una vez, debe practicarse la citología vaginal.

Cauterización en frío.

Enfriamiento que destruye el tejido.

Tratamiento láser.

Cirugía con una luz de alta intensidad. ⁽⁴⁾

4. Sedlacek T. Avances en el Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones por Virus del Papiloma Humano. 2da Edición. Editorial Panamericana. 1999 México. Vol. I Pág. 191-202.

Psicología de la mujer con la enfermedad VPH.

Actualmente este tema en países desarrollados constituye un problema de salud, cuya importancia se le ha dado mas orgánica que psicológica, lo cual no permite que la mujer sea tratada como un ser social.

De ahí que la comprensión y el espacio para cada individualidad dentro de la colectividad familiar permite a la mujer su minimización orgánica y la disminución del papel de esclava de la mujer en el hogar, permitirán resolverlo todo con todos en el marco familiar y lo que ahora es un grave problema psicológico mañana será lo que hoy planteamos un problema de salud.

Consideraciones psicosociales.

La paciente con problemas ginecológicos suelen necesitar más comprensión que otros pacientes, pues además de sus trastornos físicos, hay muchos factores emocionales que dominan la situación. Puede mostrar resentimiento por cualquier referencia a su aparato genito urinario, sintiéndose sospechosa de hábitos sociales o sexuales objetables, puede sentir verdadero temor de sufrir enfermedades venéreas o cáncer. Todos o algunos de estos pensamientos pueden manifestarse abiertamente en su conversación con la enfermera, quien, por medio de una actitud comprensiva, puede ser muy útil para disiparla. También se debe explicar con toda minuciosidad a la paciente y a su esposo la problemática encontrada.

ASPECTOS HIGIENICOS: educación de la paciente.

La enfermera esta especializada para enseñar y aconsejar a mujeres sobre los principios de la salud e higiene personal, en especial la higiene femenina reproductiva, el aparato reproductivo al igual que cualquier otro órgano, funcionara adecuadamente si el cuerpo recibe nutrición adecuada, si hace ejercicio y su descanso y eliminación son satisfactorios. Además de enseñar a las mujeres los aspectos generales de la asistencia, la enfermera debe instruir sobre enfermedades venéreas. Es importante reconocer que los conceptos de higiene femenina varían notablemente de una cultura a otra. Algunos grupos pueden considerar innecesario el énfasis que se da a la limpieza y pulcritud, el clima y las costumbres locales pueden modificar los hábitos, incluso miembros de una misma familia pueden tener distintas opiniones sobre la pulcritud personal. Muchos métodos de higiene femenina son empíricos, porque es necesario tener ante todo sentido común. Ejemplo en algunas comunidades lejanas, mujeres se realizan métodos como asientos calientes, no hay una higiene personal adecuado.

HIPOTESIS

Los factores socioeconómicos y culturales que mas se relacionan con el VPH son el bajo nivel económico y educativo, contribuyen de manera importante con la alta incidencia de la infección por el virus papiloma humano en las pacientes que asistieron a la clínica ginecológica del hospital Cesar Amador Molina de Matagalpa en el periodo octubre-noviembre del 2006.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Es cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Cuantitativo por que se quiere medir los factores que se asocian al VPH, Descriptivo, porque describe el abordaje del fenómeno que experimentan las personas en estudio. Retrospectivo, tiempo pasado y transversal porque las variables se estudian simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Área de estudio: Clínica Ginecológica que se encuentra ubicada en la Consulta Externa del Hospital Cesar Amador Molina en la Ciudad de Matagalpa.

Universo: 70 pacientes con infección de VPH, que se entrevistaron en la clínica del Hospital Regional de Matagalpa en el periodo octubre-noviembre del 2006 con resultado de biopsia y crioterapia.

Muestra: no se obtuvo muestra ya que se estudio al 100 % de la población de estudio.

Criterios de inclusión:

- Tener el Virus del Papiloma Humano, confirmado citohistologicamente a través del PAPS, colposcopia y biopsia.

Variabes:

Variable Dependiente: Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el VPH.

Variable Independiente: Infección por el virus del papiloma humano.

Unidad de análisis:

Mujeres con la infección diagnosticadas con el Virus del Papiloma humano.

Fuente de información:

Primaria: Entrevistas directas a las usuarias.

Secundaria: Registros estadísticos

Instrumento que se utilizó.

Entrevista con preguntas cerradas que miden a cada una de las variables del estudio.

Técnica de recolección de la información

Se visita a cada una de las mujeres casa a casa se le explico el objetivo de la entrevista para la realización del estudio y posterior a que ellas aceptaron se realizó la entrevista a cada paciente

Procesamiento de la información:

Se utilizó el programa de EPIINFO Versión 2004, donde se introdujeron los datos obtenidos de la entrevista, haciendo un análisis de los resultados para presentarlos en gráficos.

Análisis de información de datos

Se realizó en base a los resultados, teoría y variables del estudio

Aspecto ético:

Consentimiento informado

Para realizar este estudio se le informó a cada uno de los pacientes que la información que ellas nos proporcionaran sería de suma confiabilidad y que se utilizarían solamente para el estudio

Anonimato

Las entrevistas realizadas a cada uno de las pacientes no solicitaba el nombre para dar privacidad y confiabilidad a la información brindada

RESULTADOS

- Las 70(100%) mujeres se dividieron en seis grupos de edades de 12-16 años son 8 (11.4%) de 17-21 años son 14 (20 %) de 22-26 años son 15 (21.4%) de 27-31 y de 32 a 36 años son 12 (17% c/ grupo) de 37-41 años 9 para un (12.9%). (Gráfico 1)
- De las 70(100%) mujeres 14(20%) son casadas; 41(58.6%) son solteras y 15 (21.4%) están en unión libre. (Gráfico 2)
- Hay 9 (12.8 %) mujeres analfabetas, 19 (27.16%) con primaria completa, 16 (22.9%) con primaria incompleta, 20 (28.6%) secundaria completa, universitaria 6(8.6%) mujeres. (Gráfico 3)
- Aspecto religioso 40 (57.1%) son católicas, 25 (35.7 %) evangélicas, 5 (7.1%) pertenecen a otras religiones. (Gráfico 4)
- Aspecto ocupacional 35 (50%) son domesticas, 32 (45.7%) amas de casa, 3 (4.3%) son profesionales (Gráfico 5)
- Sobre el ingreso económico 23 (32.8%) no perciben dinero, 12 (17.1%) reciben menos de 500 córdobas, 12 (17.1%) mujeres

reciben 500 córdobas, 24 (34.3%) reciben mas de 500 córdobas.
(Gráfico 6)

- Las entrevistas reflejaron que, 13 (18.5%) mujeres contestaron que 7 personas dependen de ellas, 16 (22.8%) dijeron que 3 personas dependen de ellas, 12 (17%) refirieron que 6 personas dependen de ellas, otras 14 (20%) refirieron que 2 personas estaban a su cargo y 15 (21.4%) no tienen personas a su cargo (Gráfico 7)
- En relación al numero de personas que habitan en la vivienda 30 (42.8%) dijeron que 8 personas habitan en su casa, 18 (25.7%) dicen que viven 6, 13 (18.5%) refirieron que 5 conviven con ellas y 9 mujeres (12.8%) dicen que 7 son los habitantes en la casa(Gráfico 8)
- Cuando se les pregunto cuantas habitaciones tiene la casa donde vive, 30 (42.8%) respondieron que tiene 3 habitaciones, 20 (28.5%) 2 habitaciones y las restantes, 20 (28.5%)refieren que solo tiene 1 cuarto. (Gráfico 9)
- 52(74.3%) mujeres dijeron conocer sobre enfermedades de transmisión sexual, 18 (25.7%) dijeron no conocer nada sobre enfermedades de transmisión sexual. (Gráfico 10)
- De las 70(100%)mujeres, 30 (43%) Iniciaron vida sexual activa entre 12-16 años, 20 (28.5%) lo hicieron de 17-21 años y 20 (28.5%) la iniciaron entre 22-26 años. (Gráfico 11)
- Al preguntarles sobre la periodicidad de toma del PAP, 46 (65.7%) se realizan, cada seis meses y 24 (34.3%) se lo realizan anual. (Gráfico 12)

- De las 70(100%) mujeres entrevistadas 10 (14.3%) mujeres han tenido una pareja sexual, 23 (32.8%) han tenido dos compañeros sexuales y 37 (52.9%) han tenido de tres a mas compañeros sexuales. (Gráfico 13)

- En cuanto al uso de métodos de planificación familiar 54 (77%) y 16 (22.8%) no usan ningún método. (Gráfico 14)

- En relación al tipo de método que usan, 21 (30%) mujeres toman píldoras, 12 (17%) usan preservativos, 10 (14.3%) usan inyecciones, 5 (7%) usan métodos naturales, 6 (8.6%) mujeres con cirugías realizadas y 16 (22.8%) mujeres no usan métodos (Gráfico 15)

- En cuanto al tratamiento del VPH, 62 (88.6%) recibieron tratamiento y 8 (11.4%) mujeres no recibieron tratamiento alguno, hasta antes de ingresar a la clínica. (Gráfico 16)

- Al preguntarles que si han sufrido maltrato, 18 (25.7%) aceptaron que si, por su compañero de vida, y 52 (74.3 %) dijeron que no. (Gráfico 17)

Discusión

Según Gallego (1995), refiere que el inicio de vida sexual activa a temprana edad es un factor de riesgo para adquirir VPH. El 43% de las mujeres estudiadas iniciaron su vida sexual activa entre las edades de 12 a 16 años, lo que podemos analizar que si una mujer joven durante su vida sexual no está en constante chequeo por medio de la toma de papanicolau corre el riesgo de un CaCu no detectado precozmente.

Según Lira (2003) no hay riesgo caracterizado de los papilomas cervicales, con frecuencia se descubren en los exámenes de rutina o colposcopicos. Todas las mujeres estudiadas fueron diagnosticadas a través de papanicolau o colposcopia según resultado positivo encontrado en los expedientes de cada una de las 70 mujeres estudiadas en la clínica ginecológica del hospital Cesar Amador Molina.

Según la OMS recomienda evitar parejas sexuales múltiples y usar anticonceptivos de barrera. 37(52.9%) de las mujeres estudiadas han tenido de 3 a más compañeros sexuales. Solo 12 (17%) usan preservativos, lo cual

puede ser el factor determinante en el contagio de VPH, también el descuido de la pareja y la no protección dual por parte de ellas.

Según Sediacek (1999) refiere que actualmente no existe cura médica para eliminar una infección de papilomavirus, las lesiones intraepiteliales escamosas y las verrugas que estos virus causan pueden ser tratadas. 62 (88.6%) de las mujeres estudiadas recibieron tratamiento, fueron tratadas según resultados colposcópicos, el médico indicó planes terapéuticos a tratar a domicilio y dar un seguimiento continuo.

Según Sediacek (1999) plantea que la comprensión y el espacio para cada individualidad dentro de la colectividad familiar permite a la mujer su minimización orgánica y la denominación de papel de esclava en el hogar, lo que ahora es un grave problema psicológico. 18 (25.7%) de las mujeres estudiadas en la clínica ginecológica del HRCAM recibieron maltrato analizando este problema podría ser por la baja cultura de la población, la falta de comunicación en la pareja y el machismo existente.

CONCLUSIONES

En forma global se puede considerar que el estudio realizado en la clínica ginecológica del HRCAM, así como la revisión de expedientes clínicos y la entrevista realizada a las pacientes nos permitió conocer que factores socioeconómicos y culturales se asocian al VPH.

- Las 70 mujeres estudiadas tienen nivel académico bajo, lo que no les permite tener un trabajo que les garantice un salario digno que cubra sus necesidades de vida. La mayoría de ellas no tiene estabilidad en

relaciones de parejas, son solteras y son las mas afectadas por el virus de Papiloma Humano.

- Desde el aspecto cultural están siendo afectadas por el desconocimiento del VPH, son mujeres que iniciaron vida sexual a muy temprana edad, por sus creencias y mitos algunas no hacen uso de preservativos (condón) y están sometidas al criterio de la pareja.
- Las condiciones de vida de las mujeres estudiadas contribuye a que se manifieste esta enfermedad por diferentes razones, siendo las más comunes: tipo de vivienda, ingreso familiar, servicios básicos y nivel educativo promedio de los hogares.

RECOMENDACIONES

De acuerdo al estudio realizado encontramos factores socioeconómicos y culturales que se asocian a la incidencia del VPH por lo tanto recomendamos lo siguiente:

- ♥ A la dirección de enfermería del HRCAM incluir temas de VPH en el programa de educación continua.

- ♥ Al personal de enfermería en general que enfatice en la consejería sobre medidas de prevención del VPH.

- ♥ A la dirección de enfermería del SILAIS continuar con el proceso de captación y realización del papanicolau a toda mujer que acuda a los servicios de salud.

BIBLIOGRAFIAS

1. Tamayo L. Valencia M. Escobar S. Tendencia de la Infección por Virus Papiloma Humano en Usuarias de Servicio de Citología. Revista de la Facultad Vol. 42, 2001
2. Leon Alcides. PRODUCTO LAIGHT, Orinoco, Caracas Venezuela. 2005. Internet.
3. Lira P.. Incidencia del Virus del Papiloma Humano en usuarias de la Clínica de Profamilia de Matagalpa en el periodo de enero a diciembre, Protocolo de Investigación. 2002. Matagalpa 2003.

4. De Palo G, Stefanon GB. Pilotti, colposcopia y patología del tracto genital inferior. Infección por el Virus de Papiloma Humano. 2da Edición. Editorial Medica Panamericana, 1992, Madrid, España. Vol. I. Pág. 135-208.
5. Sedlacek T. Avances en el Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones por Virus del Papiloma Humano. 2da Edición. Editorial Panamericana. 1999 México. Vol. I Pág. 191-202.
6. Pravia Lazo, Mayela del Carmen. Abordaje y seguimiento diagnóstico de las lesiones cervicales preinvasoras en pacientes atendidas en la clínica de patología cervical en el período de enero 2004 a enero 2005 del Hospital Cesar Amador Molina de Matagalpa. León, 2005.
7. De Schryver, Meheus A. Epidemiología de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Panorama Mundial. Boletín de la Oficina Sanitaria. Editorial Panamericana 1993. México, Pág. 135-208.
8. Gallego G. Citología Cervico Vaginal. 3ra Edición. Editorial Manual Moderno. 1995, México, Vol. I. Pág. 351-355.
9. Bruner L, S. Suddarth D. S, Manual de Enfermería, Medico Qx. 4ta Edición. Editorial Manual Moderno. 1986, México. Vol. II Pág. 1003-1005.
10. Castellón Benavides, Janeth. Hallazgo Colposcopicos e Histológicos en pacientes con Citología Cervical Positiva por Infección de Virus de papiloma Humano en el HEODRA, 1999 Tesis (Especialidad en Ginecología y Obstetricia) UNAN-León
11. Fernández Cid A, López L. Citopatología Ginecológica y Mamaria. 2da Edición; Editorial Panamericana. 1993. México. Vol. I, Pág. 287-327.
12. Farmacológico Formulario. Ministerio de Salud. MINSAL, 1992, Managua, Nicaragua.
13. Gallego G, Toro A. Papiloma Virus Humano y Cáncer. Medicina y Laboratorio. Editorial España, 1998. Pág. 141-160.
14. Muñoz N. Bosch F. Relación Causal entre el Virus de Papiloma Humano y Cáncer Cervico Uterino y Consecuencias para la Prevención. Boletín O P S, 1996. Pág. 550-566.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

ENTREVISTA

Formulario de recolección de datos de los factores sociodemográfico, económicos y pre disponibles relacionados con VPH en usuarias que asisten a la clínica del HRCAM en el periodo Octubre-Noviembre 2006.

SOCIO DEMOGRÁFICO:

1. Edad _____

2. Estado civil

Soltera ___ Casada ___ Unión Libre ___

3. Procedencia.

Urbana _____

4. Escolaridad.

Analfabeta ___ Primaria Completa ___ Primaria incompleta ___

Secundaria Completa _____ Secundaria incompleta _____ Universitaria

5. Religión.

Católica ___ Evangélica _____ Otros _____

SOCIO ECONÓMICO:

6) Ocupación

Empleados _____ Desempleados _____

7) Ingreso económico _____

8) Cuantos dependen de usted. _____

9) Cuantas personas habitan en su vivienda. _____

10) Cuantas habitaciones tiene la casa. _____

FACTORES CULTURALES

11) ¿Tiene conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual y toma de papanicolau? _____

12) ¿A qué edad inicio su vida sexual? _____

13) Se realiza periódicamente el papanicolau _____

14) ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido? _____

15) Usa algún método de planificación familiar? SI _____ NO _____

16) ¿Qué método usa usted?

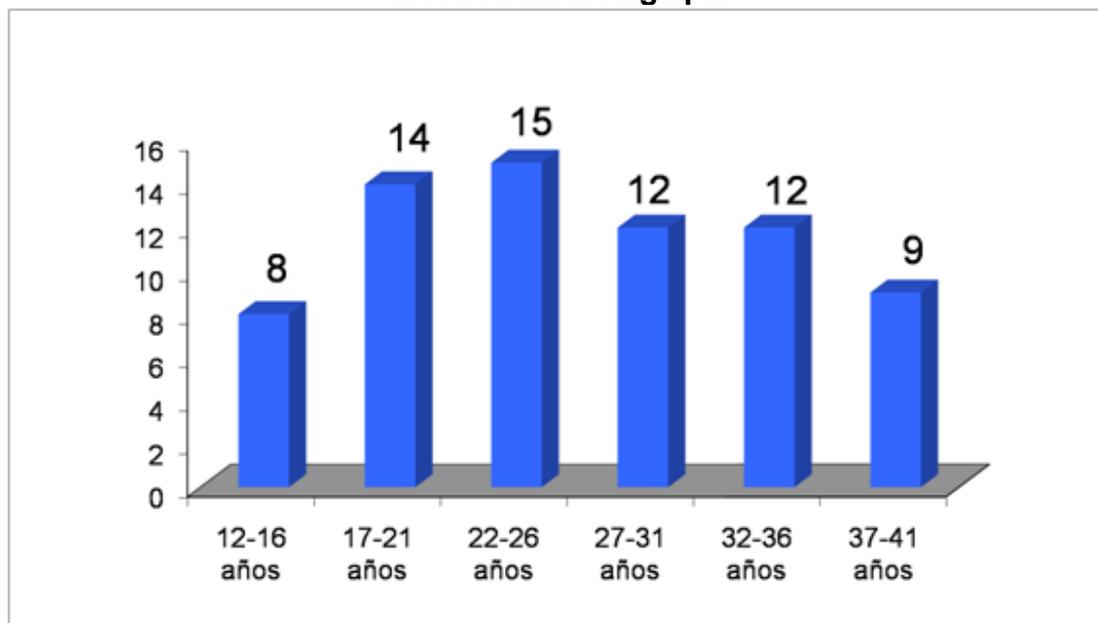
Píldora____ Preservativos _____ Inyección____ método natural _____
Quirúrgico _____ DIU _____ ninguno _____

17) Ha recibido algún tratamiento contra enfermedades de transmisión sexual?

Si _____ No _____

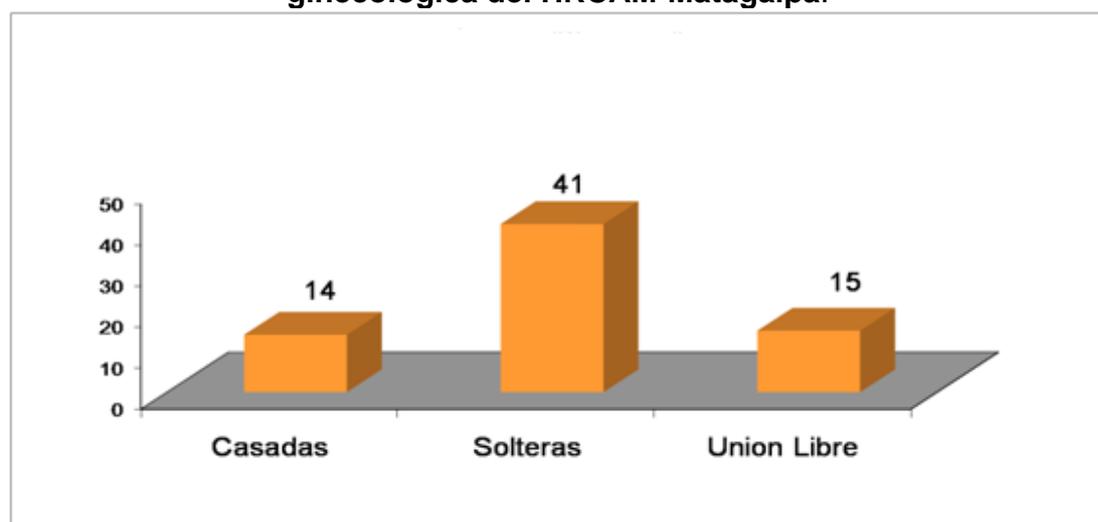
18) Ha recibido maltrato físico o verbal, ¿por quienes

Gráfico N° 1
Edad de las mujeres diagnosticadas con el VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa.



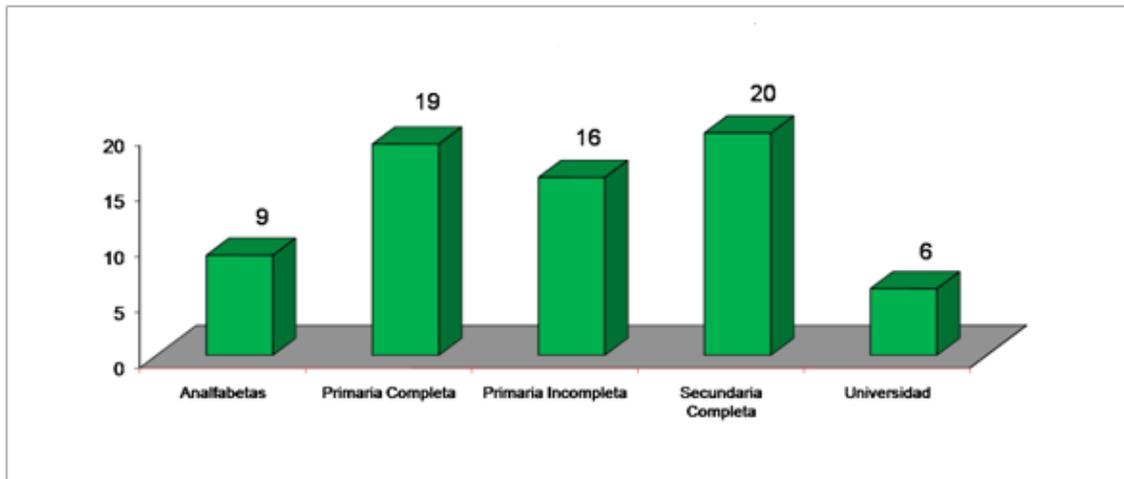
Fuente: Pacientes entrevistadas

Gráfico N° 2
Estado civil de las mujeres diagnosticadas con el VPH en la Clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa.



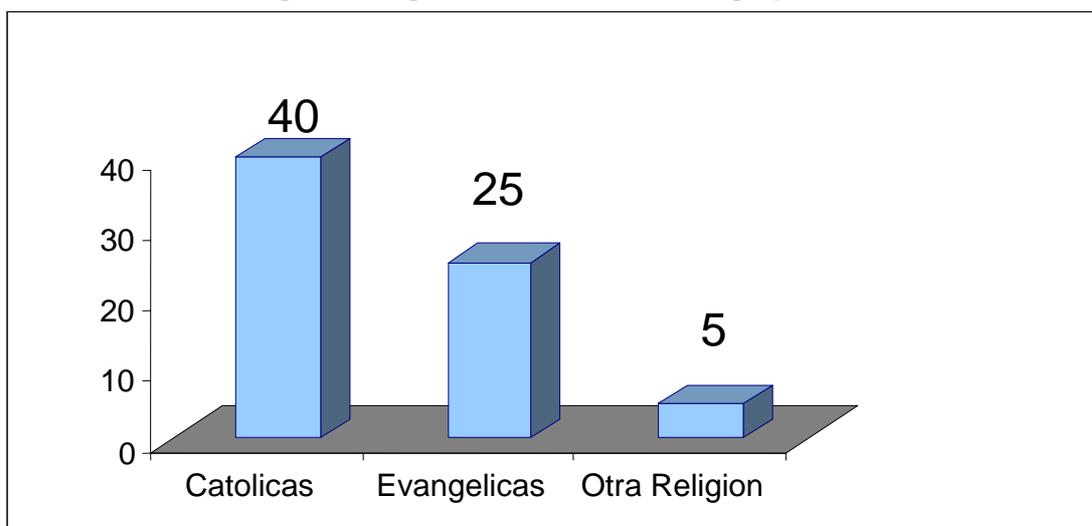
Fuente: Pacientes entrevistadas

Gráfico N° 3
Escolaridad de las mujeres diagnosticadas con el VPH en la clínica ginecológica del HRCAM- Matagalpa



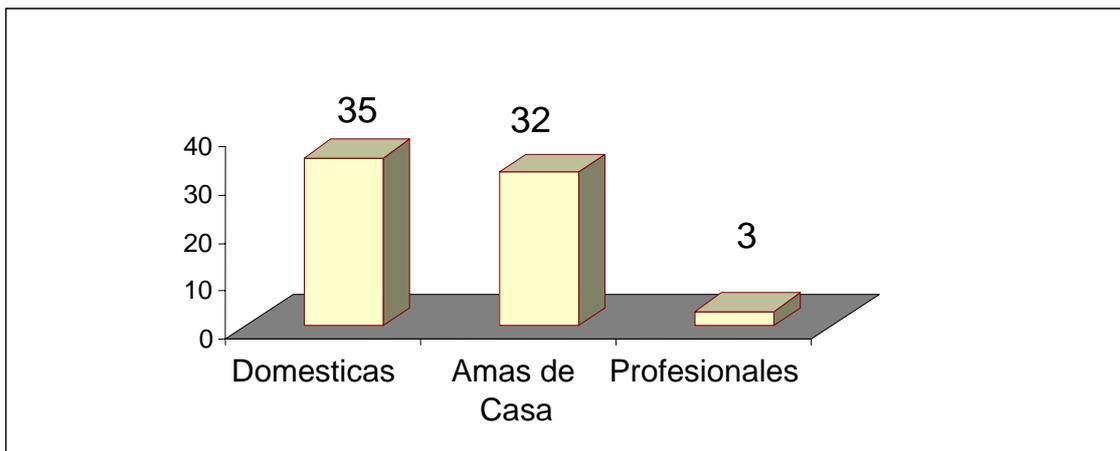
Fuente: Pacientes entrevistadas

Gráfico N° 4
Tipo de religión de las mujeres diagnosticadas con el VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa.



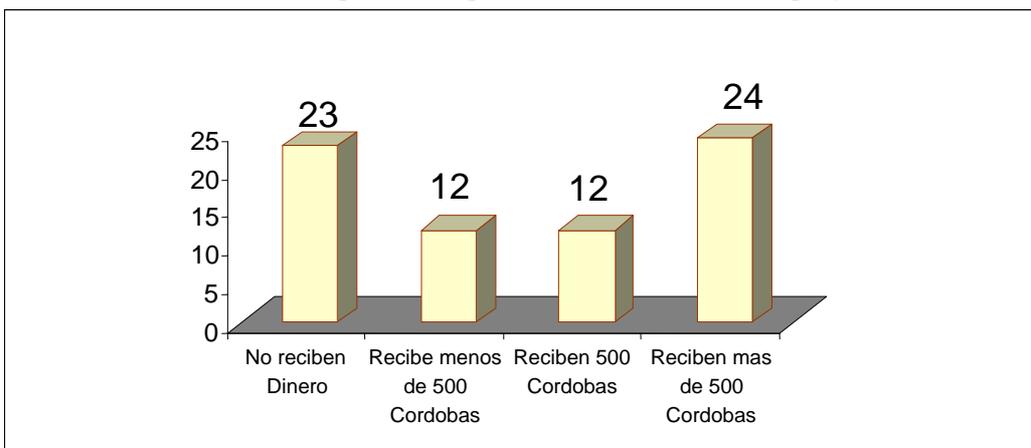
Fuente: Pacientes entrevistadas.

Gráfico N° 5
Aspecto ocupacional de las mujeres diagnosticadas con el VPH de la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa



Fuente: Pacientes entrevistadas

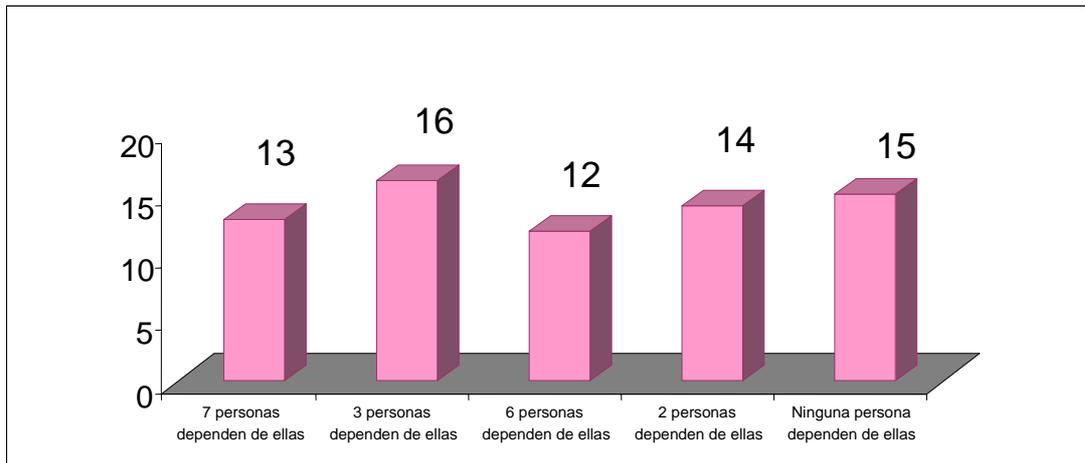
Gráfico N° 6
Ingreso económico de las mujeres diagnosticadas con el VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa



Fuente: Pacientes entrevistadas

Grafico Nº 7

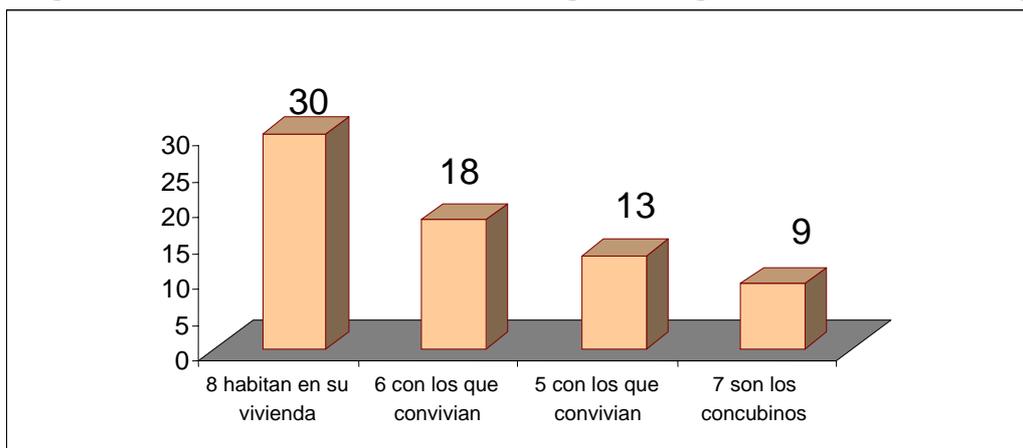
Número de personas que dependen de las mujeres diagnosticadas con el VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa



Fuente: Pacientes entrevistadas

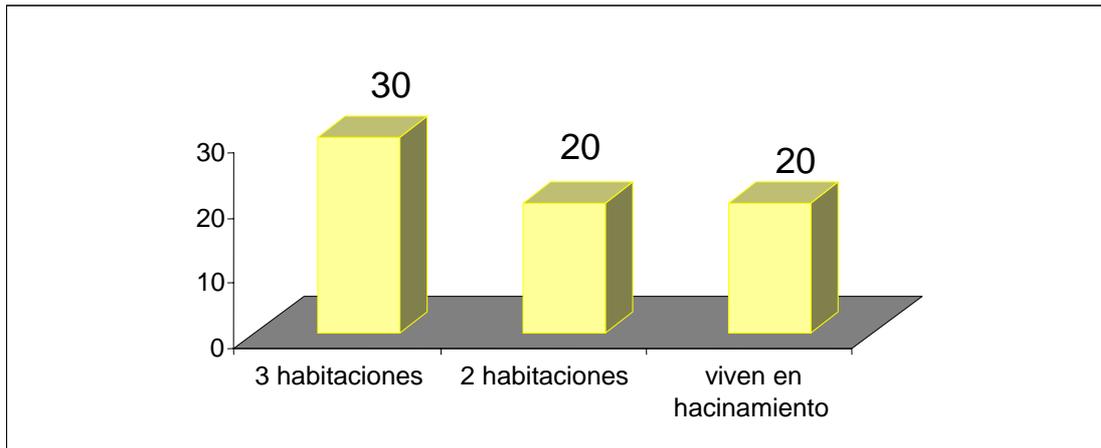
Gráfico Nº 8

Número de personas que habitan en la vivienda de las mujeres diagnosticadas con VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa



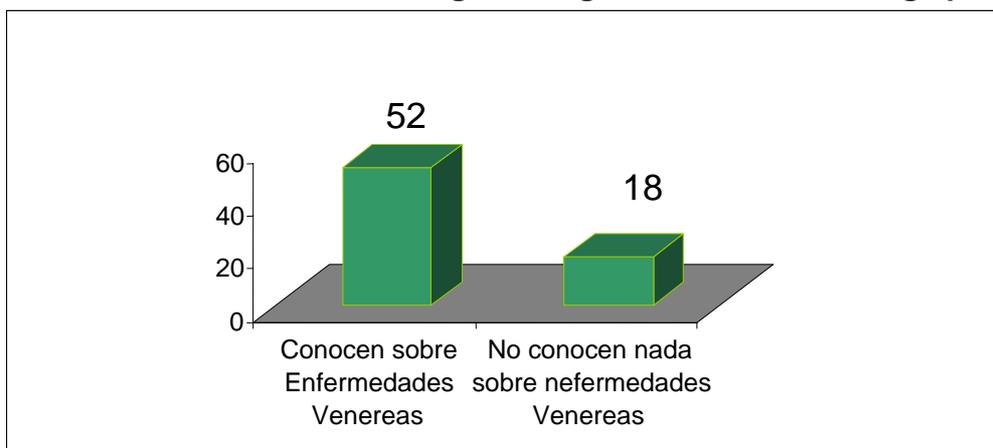
Fuente: Pacientes entrevistadas

Gráfica N° 9
Número de habitaciones donde viven las mujeres diagnosticadas con VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa



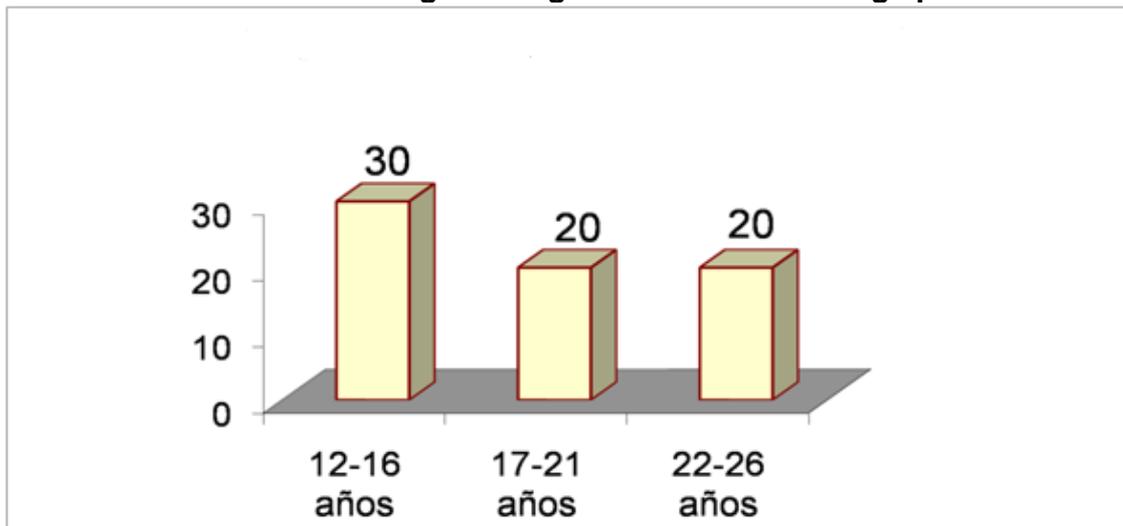
Fuente: Pacientes entrevistadas

Gráfica N° 10
Conocimiento sobre enfermedad sexual de las mujeres diagnosticadas con VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa



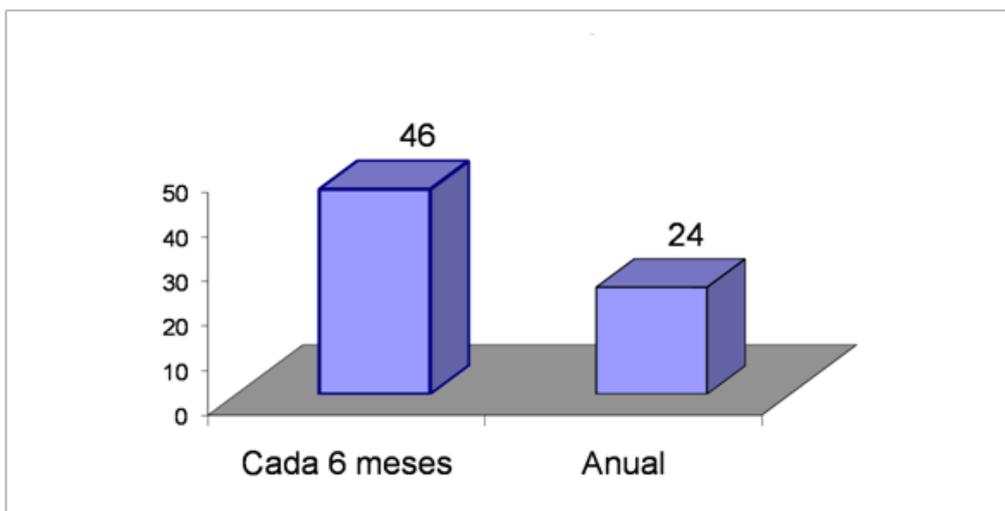
Fuente: Pacientes entrevistadas

Gráfica N° 11
Edad de inicio de vida sexual activa de las mujeres diagnosticadas con VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa



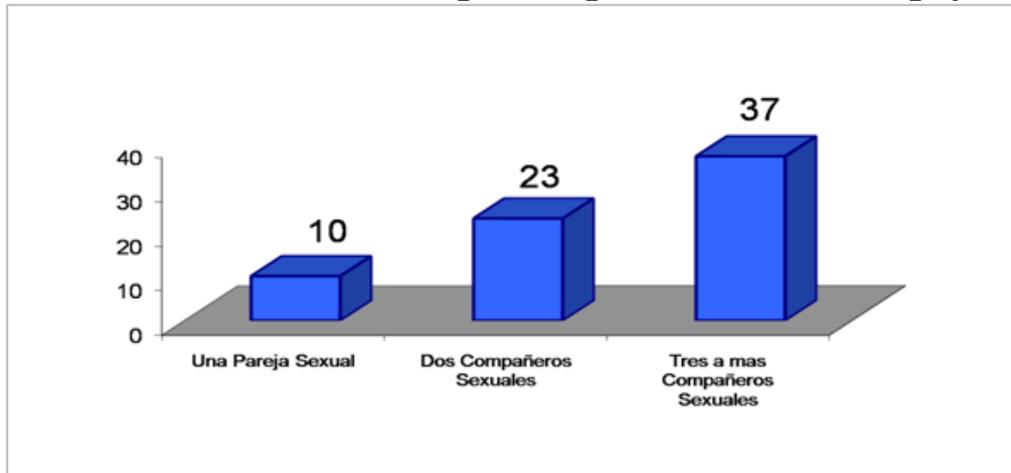
Fuente: Pacientes entrevistadas

Gráfica N° 12
Realización de papanicolau en las mujeres diagnosticadas con VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa



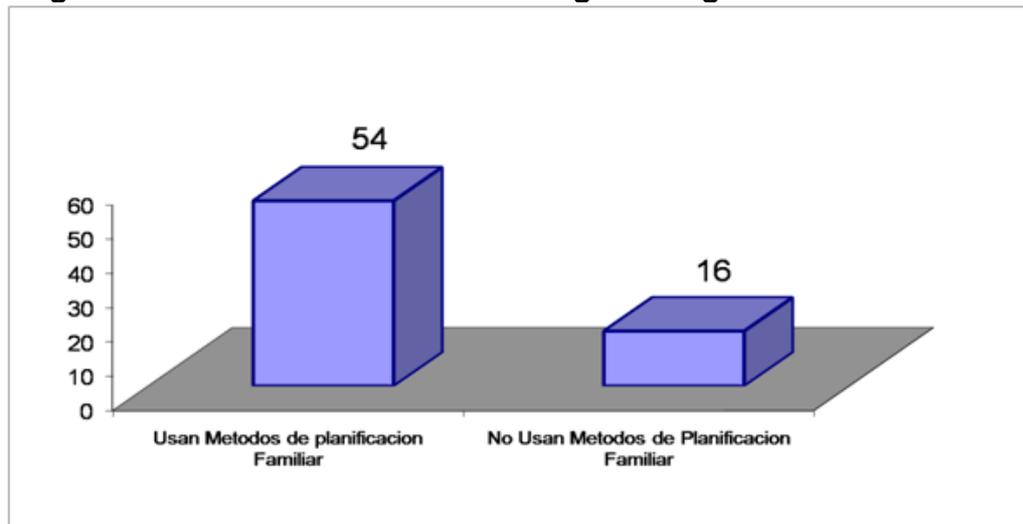
Fuente: Pacientes entrevistada

Gráfico N° 13
Número de parejas sexuales que tuvieron las mujeres diagnosticadas con VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa



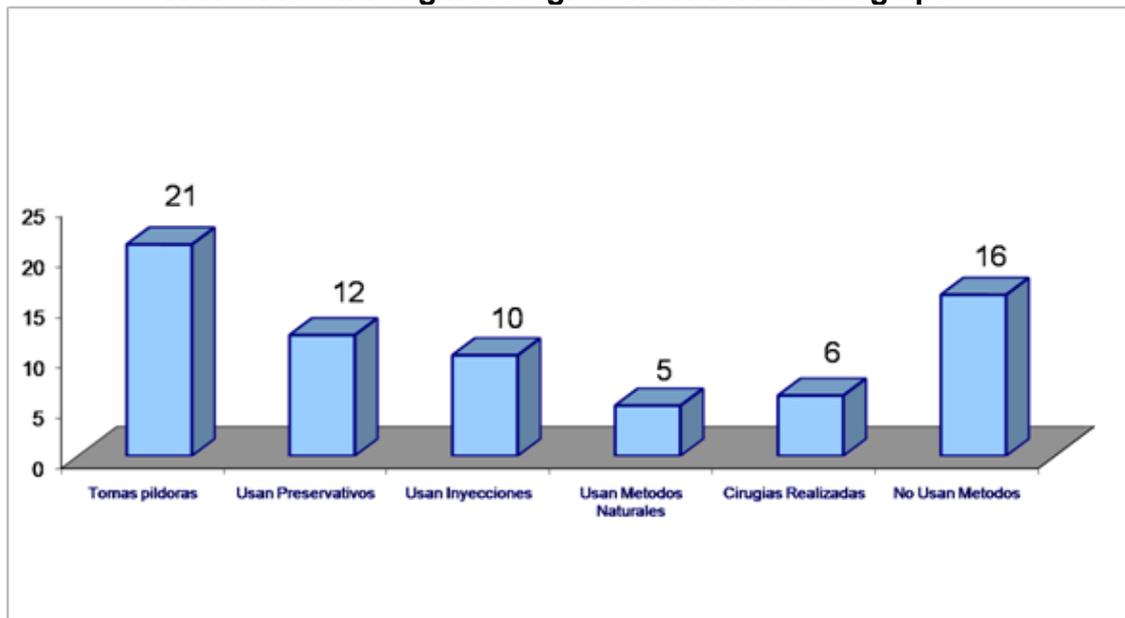
Fuente: Pacientes entrevistadas

Gráfico N° 14
Uso de métodos de planificación familiar que tienen las mujeres diagnosticadas con VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa



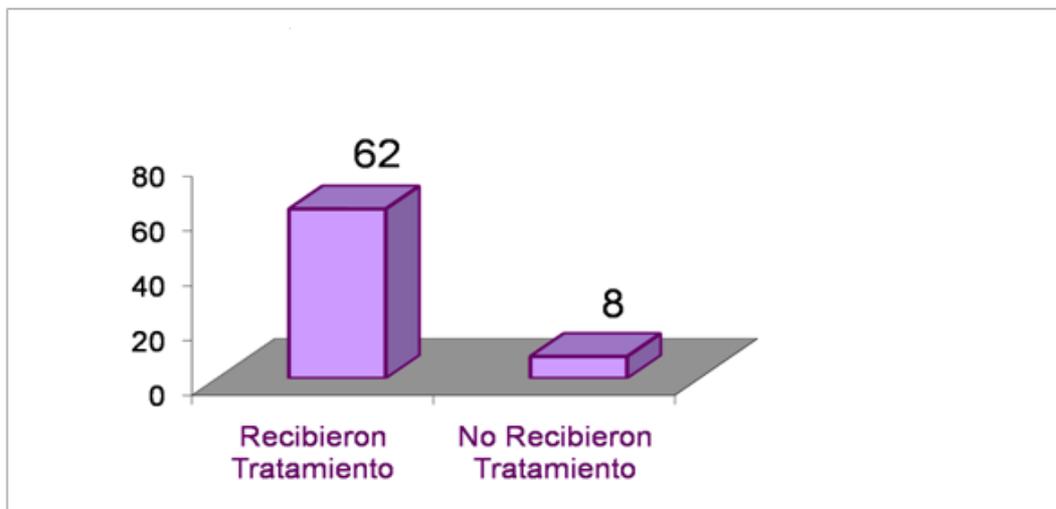
Fuente: Pacientes entrevistadas

Grafico Nº 15
Uso de métodos anticonceptivos por las mujeres diagnosticadas con VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa



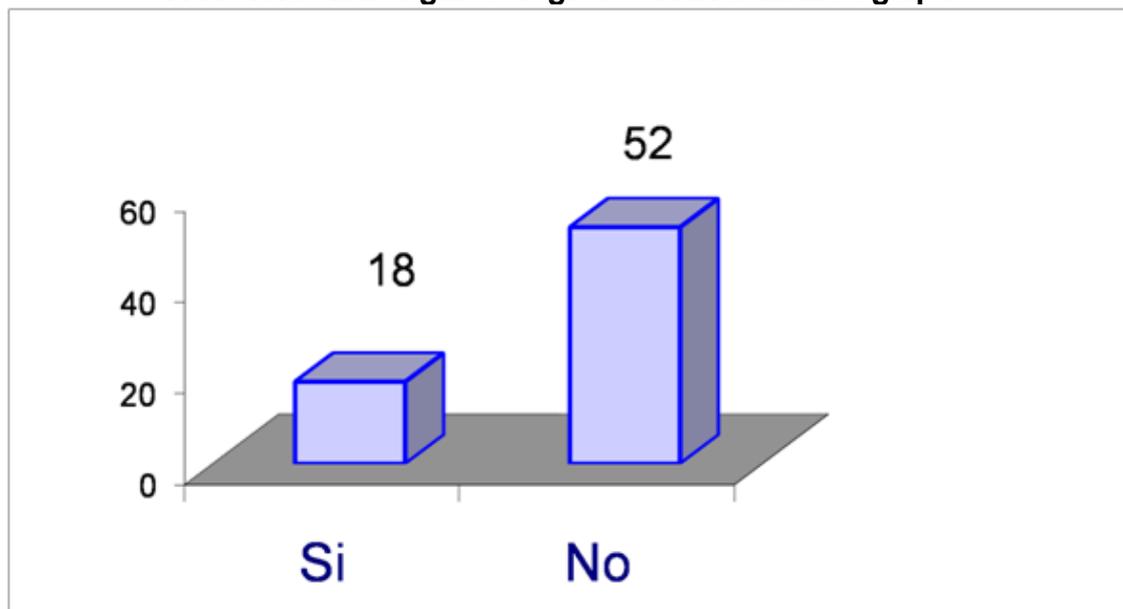
Fuente: Pacientes entrevistadas

Grafico Nº 16
Tratamiento recibido por las mujeres diagnosticadas con VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa



Fuente: Pacientes entrevistadas

Grafico N° 17
Recibieron maltrato de alguna índole las mujeres diagnosticadas con VPH en la clínica ginecológica del HRCAM-Matagalpa



Fuente: Pacientes entrevistadas