



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA.**

**“INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES SIMPLE TIPO 2 EN RELACIÓN A
MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL REGIONAL
DE ICA 2014- 2015”**

**PRESENTADO POR:
CARDENAS NAVARRETE ANEL MARIA.**

ICA – PERU

2015

DEDICATORIA

Dedico la presente investigación a Dios y a mis padres por apoyarme y nunca dejarme sola; ya que fueron mi mayor motivación para la culminación del presente estudio

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi asesora de tesis por su dedicación, apoyo brindado y ser mi guía durante todo el periodo de la realización del estudio

RESUMEN

El propósito del presente estudio es conocer si el Virus de Herpes Simple tipo 2 tiene influencia en las mujeres con cáncer de cuello uterino que acuden a los consultorios de ginecología del Hospital Regional de Ica durante el año 2014-2015. Los pacientes de los que se recolectó la información se encuentran ubicados en un ámbito geográfico urbano-marginal de la provincia y distrito de Ica. La población está constituida por 21 pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino. Para la muestra se tomó el 100% de la población en estudio para evitar menor margen de error.

El tipo de investigación es de carácter descriptivo, transversal, no experimental y orientado a la comprobación de nuestra hipótesis. Como instrumento de recolección de datos se empleó el registro de resultados de Papanicolaou de todos los consultorios externos durante el año de estudio, incluyendo así dentro de los criterios de inclusión que tuvieran antecedentes de herpes genital encontrándose una confiabilidad estadística del 95%; en el análisis de los datos. Los datos se procesaron empleando el análisis de proporción y del chi cuadrado para demostrar la influencia del VHS 2 en mujeres que cursan con cáncer de cuello uterino; hecho en Excel y pasado al software estadístico SPSS versión 22; se hizo tablas y gráficos para análisis cuantitativo y gráficos correspondientes. Además de la contrastación de hipótesis de chi cuadrado de Pearson con sus respectivo gráfico.

Los resultados al análisis del χ^2 de Pearson, al relacionar:

Obtuvimos que existe influencia entre el virus del Herpes Tipo2, con la Lesión Intraepitelial en mujeres con cáncer de cuello uterino en el hospital Regional de Ica 2014-2015, con un intervalo de confianza del 95%. La frecuencia mínima esperada es de +3.84. Inferior a 5. Como $\alpha < 0.05$, (significancia bilateral) y rechazamos la hipótesis nula. Teniendo $\chi^2=0.007 < 0.05$.

Palabras claves: Virus Herpes tipo 2 y Cáncer de Cuello Uterino

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine if the herpes virus type 2 Simple influences women with cervical attending gynecology clinics Ica Regional Hospital during the 2014-2015 cancer. Patients in which the information is collected are located in an urban-marginal geographical area of the province and district of Ica. The population consists of 21 patients diagnosed with cervical cancer. For the sample 100% of the population that is 21 patients to avoid large margin of error was made.

The research is descriptive, transversal, no experimental verification oriented character. As data collection instrument recording Pap results of all outpatient clinics was used during the study year, being a statistical reliability of 95% in the analysis of the data. The data were processed using the ratio analysis and chi square to demonstrate the influence of HSV 2 in women who present with cervical cancer; and statistical software SPSS version 22; tables and graphs for quantitative analysis was appropriate.

The results of the analysis x2 Pearson, the link:

We got there influence among the Herpes virus Type 2, with intraepithelial lesion in women with cervical cancer in the Ica Regional Hospital from 2014 to 2015, with a confidence interval of 95%. The minimum expected frequency is +3.84. Less than 5. As $\alpha < 0.05$, (bilateral significance) and reject the null hypothesis. Taking $\chi^2 = 0.007 < 0.05$.

Keywords: herpes simplex type 2, cervical cancer

INTRODUCCIÓN

El Virus del Herpes simple tipo 2 (VHS-2) parece aliarse con el papiloma humano (VPH) para provocar el desarrollo de algunos casos de cáncer de cuello uterino, según indica un estudio realizado por investigadores de la International Agency for Research on Cancer, en Estados Unidos, publicado en la revista científica “Journal of the National Cancer Institute”.

El virus del papiloma humano es uno de los principales causantes del cáncer de cuello uterino. No obstante, algunos factores como el tabaquismo, el consumo de anticonceptivos orales, y, según este estudio, el virus del herpes tipo 2 parecen unirse con VPH favoreciendo el desarrollo de este tipo de cáncer.

Los especialistas analizaron la situación de 1,263 mujeres con cáncer de cuello uterino y 1,117 sin la enfermedad, a las que se realizó pruebas para detectar la posible presencia del virus del papiloma humano y de anticuerpos de herpes simple tipo 2, además de otros posibles factores de riesgo de desarrollo de cáncer de cuello uterino.

Los resultados indicaron que la aparición conjunta de la infección por el VHS-2 y el VPH aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino. No obstante, el efecto del herpes simple 2 sobre la expansión de este tipo de cáncer resulta menor devastador que el que provoca el VPH por sí mismo.

Por otro lado, el estudio del Virus Herpes Simple (VHS) es de especial importancia en las mujeres por varias razones, entre las cuales, está implicado en el cáncer de cuello uterino cuando se encuentra presente en combinación con el Virus Papiloma Humano ⁷.

En tal sentido, se decidió llevar a cabo este estudio con el objetivo de determinar la influencia del Virus del Herpes simple tipo 2 y su relación de lesiones pre invasivas de cáncer de cuello uterino. Según el Informe estadístico de Infecciones de transmisión sexual pacientes con virus del herpes simple tipo 2 para el año 2011 se reportó 2,614 con un tasa 8.8% para las infecciones por transmisión sexual. ⁴

Siendo el Hospital Regional de Ica un centro referencial con equipos de última generación donde se atiende un número considerable de pacientes de la zona rural y urbana de la provincia de Ica y con el Plan Esperanza donde la Estrategia de Cáncer de cuello uterino busca detectar oportunamente número de casos de cáncer de cuello uterino planteamos la siguiente pregunta ¿Influye el Virus del Herpes Simple tipo 2 en relación a mujeres que hacen cáncer de cuello uterino? Sabiendo ya que las Infecciones de transmisión Sexual son comunes en los jóvenes donde ha aumentado la población adolescente y adulta con infecciones de transmisión sexual entre ellas el Herpes y el número mayor de casos de Cáncer de cuello Uterino en este centro Hospitalario.

En el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2014 se atendió 12 casos de Herpes en mujeres que cursaron con cáncer de cuello durante el año 2015 se registró 9 casos en mujeres atendidas, en población general durante el año 2014 hubo 23 casos reportados mayormente de sexo masculino siendo la mayoría atendidos en la estrategia de ITS y VIH. Para el año 2015 hubo 30 casos reportados. Encontrándose el mayor número de infectados de herpes tipo 2 en población general y en menor número en HSH teniendo como antecedentes en todas ellas las infecciones de transmisión sexual (VIH, Gonorrea, Vaginosis Bacteriana etc.)

INDICE

	Pág
CARATULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN.....	vi

CAPÍTULO I

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	13
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACION.....	15
1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	15
1.2.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	15
1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL.....	15
1.2.4 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.....	15
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.....	15
1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	16
1.4 OBJETIVOS.....	16
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	17

CAPÍTULO II

2.- MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	20

2.2 BASES TEÓRICAS.....	29
2.2.1 VIRUS DEL HERPES.....	29
A) SÍNTOMAS.....	30
1) INFECCION PRIMARIA.....	30
2) INFECCION NO PRIMARIA.....	31
3) INFECCIONES RECURRENTES.....	31
B) DIAGNÓSTICO.....	32
1) EXAMEN FÍSICO.....	32
2) TOMA DE MUESTRA.....	33
3) EXAMENES DE SANGRE.....	34
C) TRANSMISIÓN.....	36
D) TRATAMIENTO.....	37
2.2.2 CÁNCER DE CUELLO UTERINO.....	39
A) ETIOLOGÍA.....	41
B) SINTOMATOLOGÍA.....	41
C) DIAGNÓSTICO.....	42
1) MEDIOS DIAGNÓSTICOS.....	42
a) PRUEBA DE SHILLER.....	42
b) CITOLOGIA ORGÁNICA.....	42
c) CEPILLADO DE CANAL.....	46
d) COLPOSCOPIA.....	46
e) MICROCOLPOSCOPIA.....	46
f) HISTOLOGÍA.....	47
D) TRATAMIENTO.....	47
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	48

CAPITULO III

3.- HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
3.1 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACION.....	53
3.2 VARIABLES DE LA INVESTIGACION.....	53
3.2.1 VARIABLE DEPENDIENTE.....	53
3.2.2 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	53
3.2.3 VARIABLE INTERVINIENTE.....	54
3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	54

CAPITULO IV

4.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	57
4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	58
4.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	58
4.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	58
4.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
4.2.1 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
4.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
4.3.1 POBLACIÓN.....	59
4.3.2 MUESTRA.....	59
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	59
4.4.1 TÉCNICAS.....	59
4.4.2 INSTRUMENTOS.....	59
4.5 ÉTICA DE LA INVESTIGACION.....	60

CAPÍTULO V

5.- PRESENTACIÓN, ANÁLISIS INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	61
5.1 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	62
5.2 ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	63
5.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	73
5.4 CONCLUSIONES.....	76
5.5 RECOMENDACIONES.....	77
5.6 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	78
ANEXOS.....	83
1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	84
2. MODELO DE FICHA EPIDEMIOLÓGICA	87
3. FICHA DE COTEJO.....	88
4. SOLICITUD.....	90
5. VALIDACIÓN POR JURADO EXPERTO.....	91
6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	101
6.1 CUADROS DE INFORMES ESTADÍSTICOS.....	101
6.2 CUADROS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	105

CAPITULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El cáncer de cuello uterino es generalmente el cáncer más común en países en desarrollo y el segundo más común en mujeres a nivel mundial²⁶.

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en América y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce. Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos.

La Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2005 se produjeron 7.6 millones de defunciones por cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones. Según la Organización Panamericana de la Salud, un tercio de las muertes a nivel mundial se producen en América donde el número de muertes aumentará de 1.2 millones en 2008 hasta 2.1 millones en 2030³. Para el período 2001-2011, en el Perú, se observó que la tendencia de la tasa ajustada de mortalidad para el cáncer de cérvix pasó de 7.9 defunciones a 5.7 por 100 000 habitantes³⁰.

Evidencia epidemiológica sugiere, desde hace varios años, que el cáncer cervical se comporta como una enfermedad de transmisión sexual, por lo que sus factores de riesgo tienden a ser similares a los de este grupo de enfermedades, como: el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, múltiples compañeros sexuales, bajo nivel socioeconómico, y antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS), como son las causadas por el virus de papiloma humano (VPH) y el virus de herpes simple tipo 2 (VHS-2)⁷.

Tiene una mayor prevalencia de VHS 2 en África y América. En Europa Oriental, la prevalencia es más baja que en Europa occidental siendo el área de menor prevalencia Asia. Los países de mayor incidencia son los de África Subsahariana, con 80% de personas infectadas menores de 35 años. Un estudio de cohorte realizado en Akaki, Etiopía, muestra que la mitad de la población urbana es positiva a anticuerpos. Otros estudios denotan una prevalencia de 10% a 60% de la población infectada en países desarrollados. Por otra parte, Gottlieb declara que el Herpes Genital constituye la enfermedad de transmisión sexual de mayor prevalencia (22%) en los Estados Unidos de

América. Su incidencia es de 0,8 a 5,1 de personas por año. Sin embargo, la mayoría de las personas son asintomáticas.

Existen diferencias de género en la prevalencia de anticuerpos HSV2; éste es mayor en las mujeres que en los hombres, siendo la frecuencia de infección mayor entre las edades de 20 a 30 años.

Dentro de los factores que pueden influir en la adquisición de la enfermedad están: etnicidad, estado civil, lugar de residencia, antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), nivel educacional, promiscuidad, inmunodeficiencia y abuso de drogas³¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que todos los años se produce en el mundo más de 250 millones de nuevos casos de ETS de los que 20 millones son herpes genitales. La infección genital por VHS-2 tiene una prevalencia que oscila entre el 10 y el 70%, en función de la actividad sexual y también del nivel socioeconómico⁴.

Cada año se producen hasta 1 millón de nuevas infecciones de herpes genital HSV-2 en los Estados Unidos. Las infecciones de herpes son más comunes en las mujeres (aproximadamente 1 de cada 4 mujeres) que en los hombres (casi 1 de cada 5 hombres).

En la actualidad, aproximadamente el 90 % de los herpes genitales es imputable al virus herpes simple (VHS)-2, mientras que el 10 % restante está producido por el VHS-1. Se estima que la seroprevalencia del VHS-2 en los países desarrollados está en torno a un 15-25 % y la del VHS-1 estaría sobre un 65 %. Las infecciones por herpes genital son más comunes entre los afroamericanos (45,9%) que entre los blancos caucásicos (17,6%)³¹.

La incidencia por infección de VHS 2 en Lima- Perú es de 10.4 por 100 años de la persona³³. Además se encontró entre los guías turísticos en el Departamento de Cusco, anticuerpos específicos contra VHS 2 en un 88.2%³⁴.

En el Hospital Regional de Ica según la responsable de la Estrategia de Cáncer señaló en una nota de prensa realizado el 25 de marzo del 2015, que en la institución durante el año 2014 se realizaron 1895 exámenes de papanicolaou; en los cuales, se detectaron 73 lesiones intraepiteliales de bajo grado y 62 lesiones intraepiteliales de alto grado, y hasta esa fecha del año 2015 se han

realizado 385 tomas de PAP, hallándose 6 lesiones intraepiteliales de bajo grado, 16 lesiones intraepiteliales de alto grado y 05 casos de carcinomas. Los factores de riesgo que originan esta mortal enfermedad son: inicio temprano de las relaciones sexuales, promiscuidad (tener varias parejas sexuales), consumo de tabaco (cigarros), uso prolongado de anticonceptivos orales (más de cinco años), partos a temprana edad, entre otros. Al respecto, el Director General del Hospital; Dr. José Hernández Anchante, hizo extensiva la invitación a todos los padres de familia que tengan hijas de 10 años de edad para que acudan y vacunen a sus niñas contra el VPH y hagan cumplir con el esquema de esta vacuna que consta de tres dosis para completar la inmunidad requerida. Asimismo, exhortó a todas las mujeres a realizarse el examen de papanicolaou en el consultorio de la estrategia de cáncer de la institución

La presente investigación busca relacionar la influencia del Virus Herpes simple y su relación con cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden a los consultorios externos del Hospital Regional de Ica durante 2014- 2015.

1.2.- DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL.-La investigación se desarrolló en el Hospital Regional de Ica

1.2.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL.-La investigación corresponde desde los años 2014-2015.

1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL.-Se llevó a cabo en las mujeres en edad fértil atendidas (Consultorio Externos) de Ginecología y la Estrategia de Cáncer de Cuello Uterino, ITS - VIH del Hospital Regional de Ica recolectando el registro de resultado de Papanicolaou.

1.2.4 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.-Se realizó esta investigación con la finalidad de conocer la influencia del Virus del Herpes Tipo 2 y su relación con Cáncer de cuello uterino dentro del periodo de estudio.

1.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cómo Influye el Virus del Herpes Simple tipo 2 en mujeres que cursan Cáncer de Cuello Uterino en el Hospital Regional de Ica durante 2014- 2015?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuál es la influencia del virus herpes simple tipo 2 en mujeres que cursan con lesión intraepitelial de bajo grado en el Hospital Regional de Ica durante 2014- 2015?
- ¿Cuál es la influencia del virus herpes simple tipo 2 en mujeres que cursan con lesión intraepitelial de alto grado en el Hospital Regional de Ica durante 2014- 2015?
- ¿Cuál es la relación que existe entre las mujeres que presentaron sintomatología clínica para herpes simple tipo 2 y el riesgo de hacer cáncer del cuello uterino en el Hospital Regional de Ica durante 2014- 2015?
- ¿Cuáles son los factores epidemiológicos para hacer cáncer de cuello uterino y herpes simple tipo 2 en el Hospital Regional de Ica durante 2014- 2015?
- ¿Cuál es la prevalencia de Cáncer de cuello uterino y Virus del Herpes tipo 2 en el Hospital Regional de Ica durante 2014- 2015?

1.4.- OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cómo influye el Virus del Herpes Simple tipo 2 en mujeres que cursan Cáncer de Cuello Uterino en el Hospital Regional de Ica durante 2014- 2015

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la influencia del virus herpes simple tipo 2 en mujeres que cursan con lesión intraepitelial de bajo grado en el Hospital Regional de Ica durante 2014- 2015
- Determinar la influencia del virus herpes simple tipo 2 en mujeres que cursan con lesión intraepitelial de alto grado en el Hospital Regional de Ica durante 2014- 2015
- Determinar la relación que existe entre las mujeres que presentaron sintomatología clínica para herpes simple tipo 2 y el riesgo de hacer

cáncer del cuello uterino en el Hospital Regional de Ica durante 2014-2015

- Determinar los factores epidemiológicos para hacer cáncer de cuello uterino y herpes simple tipo 2 en el Hospital Regional de Ica durante 2014-2015
- Determinar la prevalencia de Cáncer de cuello uterino y Virus del Herpes tipo 2 en el Hospital Regional de Ica durante 2014-2015.

1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación, se justifica, porque permite sistematizar y organizar información para beneficio de la comunidad científica, ya que sirve como datos previos para la realización de futuras investigaciones a mayor profundidad sobre este tema. Además abrir otro horizonte de la relación directa con cáncer de cuello uterino y el Virus de Herpes simple tipo 2, este sería un cofactor para hacer la enfermedad.

Benson (1989), menciona que el cáncer de cuello uterino se origina cuando las células normales de la superficie del cuello uterino cambian y proliferan sin control, y forman una masa llamada tumor⁶. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Los cánceres de cuello uterino y los precánceres se clasifican de acuerdo con el aspecto que presentan bajo el microscopio. Los dos tipos más comunes de cánceres de cuello uterino son el carcinoma de células escamosas (zona de transformación) y el adenocarcinoma (células de glándulas productoras de mucosidad del endocérvix)³⁵. Los síntomas habitualmente no aparecen hasta que el cáncer se ha diseminado a otros tejidos y órganos. La evidencia epidemiológica sugiere, desde hace varios años, que el cáncer cervical se comporta como una enfermedad de transmisión sexual, por lo que sus factores de riesgo tienden a ser similares a los de este grupo de enfermedades, a saber: el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, múltiples compañeros sexuales, bajo nivel socioeconómico, y antecedentes de infecciones de transmisión sexual

(ITS), como son las causadas por el virus de papiloma humano y el virus de herpes simple tipo 2 (VHS-2)⁷. Los métodos mejorados de pruebas de Papanicolaou han facilitado la detección de células cancerosas. Las pruebas de Papanicolaou tradicionales pueden ser difíciles de leer, porque las células pueden haberse secado, estar cubiertas con moco o sangre, o estar aglutinadas en el portaobjetos; por lo que la prueba de citología de base líquida (a menudo denominada Thin Prep o Sure Path) transfiere una capa delgada de células sobre un portaobjetos después de retirar la sangre o moco de la muestra, y al mismo tiempo, dado que la muestra se preserva, se pueden realizar otros exámenes como el examen de HPV; también se tienen los exámenes de detección computarizados (muchas veces denominados Auto Pap o Focal Point), en la que se explora la muestra con una computadora para detectar la presencia de células anormales. En el presente estudio, para el diagnóstico se aplicara la clasificación Bethesda; es decir en Lesión intraepitelial de bajo grado, lesión intraepitelial de alto grado, y carcinoma invasor³⁷.

La contribución de este estudio, radica que los hallazgos que se obtengan del estudio se podrán recomendar una vida saludable además del uso de preservativo en población que tenga conducta de riesgo para infecciones de transmisión sexual además del VIH/SIDA, como también retardar el inicio de las relaciones sexuales, además la parte preventiva como es la toma de Papanicolaou, en mujeres en edad fértil en el grupo etareo de riesgo como parte de nuestro chequeo anual.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

CONTEXTO INTERNACIONAL

Atencio Ricardo y Colab. *Determinación del virus papiloma humano y virus herpes simple y su posible relación con la presencia y tipo de lesiones preinvasivas del cuello uterino.* Madrid; 2013

El Cáncer (Ca) de Cuello Uterino (Cu) persiste como un problema de salud pública a nivel mundial. Entre los agentes infecciosos más estudiados que se han relacionado con los procesos neoplásicos, están los virus, y entre ellos el herpes y el papiloma. Esta investigación se realizó para determinar el Virus Papiloma Humano (VPH) y el Virus Herpes Simple (VHS) y su posible relación con la presencia y tipo de lesiones preinvasivas de Cu. Se seleccionaron 65 muestras de tejido de Cu con lesiones de pacientes de sexo femenino y 10 controles aparentemente sanas, para la detección del VPH y VSH. Se utilizó el método de PCR e Hibridación para la genotipificación del VPH. Se observó un 15,38% de positividad para VPH y un 20% para VSH, un caso de coinfección en una paciente con lesión intraepitelial de alto grado (LIEag), demostrándose una diferencia significativa entre las pacientes VPH positivo con LIEag respecto a aquellas con lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEbg). La mayoría de los casos positivos para VHS se detectaron en pacientes con LIEbg. Se demostró una correlación significativa entre el tipo de lesión y la presencia de genotipos de alto y bajo riesgo del VPH.⁴

Núñez J. y colaboradores .*Virus del herpes simple tipo 2: influencia en el origen de las lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino.* Ciudad de Caracas, Venezuela; 2006

Con una muestra de cincuenta y tres pacientes con neoplasia intraepitelial cervical y 10 controles fueron analizadas. Se tomó un hisopado cervical para la determinación del virus del herpes simple tipo 2 mediante la técnica de la inmunofluorescencia indirecta y para el virus del papiloma humano por la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa. El instrumento que realizaron fue por observación y entrevista y en el cual se concluyó que no existe asociación entre el virus del herpes simple-2 y la neoplasia intraepitelial cervical¹⁸.

Carrero Y., Callejas D., Estévez J., y colb, *Relación entre el herpes simple tipo 2 y las lesiones pre-invasivas de cuello uterino.* Maracaibo- Venezuela; 2006

Para este estudio, tomaron como muestra a 176 mujeres con lesiones pre-invasivas del cuello uterino y 40 mujeres como grupo de control con cuello sano sin discriminar edad, raza y paridad que asistieron a la consulta ginecológica en diferentes centros de salud, para lo cual utilizaron como instrumento la observación- entrevista; llegando a la conclusión siguiente: No se evidenció una relación directa entre virus herpes simple tipo 2 y la presencia de cáncer cervical, por lo cual concluyeron que el VHS 2 no es capaz por sí solo de causar lesión, así mismo, que por ser un virus que se transmite sexualmente posee los mismos factores de riesgo que las demás ITS y, que en conjunción con éstos, podría cumplir un papel crucial en el desarrollo de lesión⁷.

Vásquez A., Gonzales J. y colb. *“Factores de riesgo del cérvix uterino”,* Región del Cauto-Cuba; 2006.

Para lo cual se tomó una muestra de 330 pacientes de los seis municipios de la región del Cauto-Cuba que presentaron cáncer de cérvix uterino y que fueron atendidas en las consultas de Patología de Cuello y Oncología del Hospital Universitario "Carlos Manuel de Céspedes, usando como instrumento la observación a lo que las gestaciones previas, inicio sexual precoz, cervicitis, papiloma viral humano, tabaquismo, neoplasia intraepitelial cervical, sepsis vaginal, leucoplasia y el desgarro cervical resultaron ser variables que influyeron de forma independiente y significativa en la aparición del cáncer de cérvix; sin embargo llegó a la conclusión que la edad, la ectopia y el ectropión hipotéticamente influyentes, no mostraron asociación con la aparición del cáncer de cérvix¹⁹.

Shanehsazzadeh M, y colab, *“Análisis de papilomavirus humano y herpes simple virus tipo 2 de los pacientes con cáncer cervical”* Isfahan-Irán, 2014

Fueron investigados, el virus del papiloma humano (VPH) y el virus del herpes simplex 2 (HSV-2) en los pacientes de cáncer de cuello uterino mediante técnica de reacción en cadena (PCR) de polimerasa de tiempo real y la relación entre sus cargas viral espera lo cual investigaron 156 tejidos de carcinoma

cervical de las mujeres casadas en centros de salud en Isfahan, Irán. Los resultados mostraron que entre 156 ejemplares, 58.97%, 45.51% y 7.05% eran positivas para DNA de HPV, HPV-16 y HPV-18 respectivamente. Sólo en especímenes de 2,3%, HSV-2 y HPV-16 positivamente se detectaron donde carga viral HSV-2 conjuntamente con HPV-16 aumentó significativamente, llegaron a la conclusión que la carga viral del VPH-16 es más que a otros tipos de VPH, sino también en lo posible junto con el VHS-2, ambas tasas aumentará significativamente²⁴.

Zhao Y. y colb., "*Relación entre la enfermedad cervical y la infección por papilomavirus humano tipo 16 y 18 y virus del herpes simple 1 y 2*", China; 2012. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de VPH 16 y VPH 18 y HSV 1 y HSV 2 en muestras cervicales y evaluar el papel de HSVs en la carcinogénesis cervical. Para lo cual obtuvo 233 controles sanos y 567 casos (333 de cervicitis, 210 de la neoplasia intraepitelial cervical y 24 del carcinoma de células escamosas) en las células cervicales exfoliativas fueron probados para HPV 16, HPV 18, HSV 1 y HSV 2 ADN utilizando el método de la reacción en cadena de polimerasa en tiempo real triple. En contraste con las mujeres sanas, tasa positiva del virus del papiloma humano se relaciona significativamente con lesiones cervicales, para neoplasia intraepitelial cervical; para el carcinoma escamocelular, pero no la cervicitis. EL HSV 2 en coinfección con el VPH en la neoplasia intraepitelial cervical y el carcinoma de células escamosas fue muy superior a la de las mujeres sanas para neoplasia intraepitelial cervical; para el carcinoma escamocelular. Los resultados obtenidos indicaron que la presencia de HPV está estrechamente relacionado con el cáncer de cuello uterino, y que la infección VHS 2 o co-infección con el VPH podrían estar involucradas en desarrollo del cáncer cervicouterino, mientras que el HSV 1 podría no estar involucrados²⁵.

Farivar TN, y colab, "*Falta de asociación entre la infección del virus de herpes simple tipo 2 y cáncer*" Irán; 2012.

Se realizó una encuesta sobre la prevalencia de HSV-2 en pacientes con cáncer de cuello uterino y también en personas sanas con sensible y cuantitativo, en tiempo real análisis de PCR. Se obtuvieron 76 muestras de tejido probado de cáncer de cuello uterino, así como 150 bloques de parafina y

la extracción de ADN. Llegaron a la conclusión que, teniendo en cuenta la ausencia de cualquier ADN viral positivo de HSV-2 en nuestros pacientes y también la presencia de cuatro muestras positivas entre nuestros controles, no se encontró ninguna relación entre la presencia de DNA de HSV-2 y el cáncer cervical²⁶.

Arnheim-Dahiström L., Andersson K., Luostarinen T., Thoresen .eds
“Estudio seroepidemiológico prospectivo de papilomavirus humano y otros factores de riesgo en el cáncer cervical” Estocolmo- Suecia; 2011

Varias infecciones de transmisión sexual (ITS) se han divulgado para interactuar con el virus del papiloma humano (VPH) en la etiología del cáncer de cuello uterino. Realizaron un estudio de cohorte grande para obtener una estimación estable e imparcial de sus efectos. Obtuvieron muestras de suero de 604 mujeres con cáncer cervical invasivo (ICC) diagnosticadas en promedio 10 años después del muestreo y 2.980 control emparejado se recuperaron y analizaron con serología para ITS. El resultado fue que la exposición a HPV16 fue el más fuerte factor de riesgo para cáncer cervical, particularmente para el carcinoma de células escamosas. El HPV18 estuvo fuertemente asociado con un mayor riesgo para el adenocarcinoma. La seropositividad basal para HPV16 no confiere ningún aumento del riesgo de cáncer HPV18 DNA positivo y por el contrario la seropositividad del HPV18 no tenía ninguna asociación con cánceres HPV16 DNA-positivos. El HPV6 no tuvo efecto solo, pero tuvo un efecto antagónico sobre el riesgo conferido por HPV 16. El virus del herpes simple tipo 2 tuvo poca o ninguna asociación. La exposición previa a infección por *Chlamydia trachomatis*, como indicó el anticuerpo en suero, resultó en un fuerte incremento de riesgo para cáncer cervical. Un gran estudio prospectivo ha evaluado el papel de las diferentes ITS en cáncer de cuello uterino²⁷.

Salcedo M de M. y cols. *“Expresión inmunohistoquímica de p16 y el virus del herpes simple tipo 2 en lesiones escamosas intraepiteliales y cáncer cervical”* Brasil; 2008.

Cuyo objetivo era demostrar la expresión de biomarcadores, detectado por las técnicas de inmunohistoquímica en tejidos sanos, así como en lesiones preneoplásicas y lesiones neoplásicas del cuello uterino. Para lo cual usó 187 muestras de lesiones intraepiteliales de bajo grado (LG-IEL) y lesiones

intraepiteliales de alto grado (HG-IEL), y carcinoma de cuello uterino se compararon con un grupo de pacientes sin lesiones del cuello uterino, y para el análisis estadístico se realizó mediante la prueba chi² para las tendencias. En cuanto al HSV-2: grupo sin lesiones del cuello: 27%, LG-IEL: 58% HG-IEL: 78%, y el cáncer: 59 %. No hubo diferencia significativa entre el LG-IEL y el HG-IEL. Llegando a la conclusión que existe un progresivo aumento de la reactividad de las relaciones estudiadas con marcadores inmunohistoquímicos en función de gravedad de las lesiones²⁸.

Zhao Y., Cao X., Zheng Y., Tang J. eds *Relación entre la enfermedad cervical y la infección por papiloma virus humano tipo 16 y 18 y virus del herpes simple 1 y 2*. China; 2012

Quien define que la presencia de HPV está estrechamente relacionada con el cáncer de cuello uterino, y que la infección VHS 2 o co-infección con el VPH podrían estar involucradas en el desarrollo del cáncer cervicouterino²⁵.

Herrera Ortiz Antonia y colab. *Conocimiento sobre el virus herpes simple tipo 2 y virus del papiloma humano, y percepción de riesgo a adquirir las infecciones entre estudiantes universitarios*. México; 2013

Resumen: Se realizó un estudio en los estudiantes de México; entre los jóvenes universitarios de 18-24 años de edad, las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes son causadas por virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) y virus del papiloma humano (VPH). Las intervenciones educativas para la prevención de ITS pueden ayudar a disminuir la prevalencia de estas entre los universitarios. Objetivo: conocer el cambio de conocimiento sobre las ITS virales, de percepción del riesgo y de comportamiento sexual entre 182 estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Material y métodos: se llevó a cabo un ensayo comunitario (antes-después), utilizando folletos para la prevención de VHS-2 y VPH, haciendo énfasis sobre los factores de riesgo detectados en estudiantes de la misma universidad. Resultados: se encontró un cambio en la percepción del riesgo de contraer alguna ITS al final de la intervención (56.5 antes vs 67.7% después), sugiriendo que los folletos ayudaron a los estudiantes a conocer más sobre sus propios comportamientos de riesgo. Así mismo, hubo un incremento del conocimiento tanto de VPH como de VHS-2. Conclusiones: es necesario aumentar el tamaño

de muestra en futuras intervenciones para evaluar en mayor detalle el cambio en los conocimientos, los comportamientos sexuales y la prevalencia de las infecciones

M. José Martínez G. *Diagnóstico microbiológico de infecciones de transmisión Sexual. Parte II. ITS virales.* Chile; 2010

Las Infecciones virales de transmisión sexual son altamente prevalentes y constituyen un problema de salud pública en el mundo. Entre los agentes que se contagian por esta vía, se describe acerca de virus herpes simple (HSV) y virus papiloma humano (HPV). Las características patogénicas de estas infecciones han dificultado la implementación de técnicas diagnósticas rápidas, sensibles y específicas para el diagnóstico clínico habitual. En los últimos años las metodologías diagnósticas sustentadas en la biología molecular han permitido mejorar y ampliar el rango de diagnóstico posible para estos agentes infecciosos y relacionarlos con otras patologías, como es el caso de HPV y cáncer. En el presente artículo se revisan metodologías diagnósticas implementadas para el diagnóstico microbiológico de HSV y de HPV.⁴⁰

Paloma Lobo Abasca. *Anticoncepción hormonal y riesgos de cáncer de mama, ovario, endometrio, cérvix y otros.* Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid, sf

Desde el lanzamiento de la primera píldora anticonceptiva en 1960, los principales motivos de interés han sido su eficacia, y su seguridad. Esta última cuestión ha sido objeto de numerosos estudios dirigidos a valorar entre otras cosas, la relación entre la administración de hormonas exógenas y el desarrollo de cáncer en distintas localizaciones. La relación entre uso de anticonceptivos hormonales (AH) y el cáncer ha sido objeto de numerosos estudios epidemiológicos. El análisis de esta asociación está dificultado por la concurrencia de de varios factores: La incidencia de la mayoría de cánceres sucede en edades tardías, con un gran intervalo entre la toma de AH y la aparición del cáncer. El uso de múltiples preparados hormonales a lo largo de la vida de la mujer, que además de anticonceptivos, ha podido utilizar tratamiento hormonal sustitutivo en la menopausia. La existencia de múltiples factores confusores (número de gestaciones, partos, lactancia materna, edad del primer embarazo) Los estudios están realizados con preparados

anticonceptivos antiguos, habitualmente combinados de estrógenos y gestágenos orales con componentes y dosis diferentes de los que se emplean en la actualidad. Queda por determinar hasta qué punto los resultados se pueden extrapolar a los anticonceptivos hormonales combinados orales (AHC) actuales, a las otras vías de administración de AHC y a los anticonceptivos con sólo gestágenos.⁴⁴

Dr. Valentin Martínez Camilo y Dra. Beatriz Torrientes Hernández.
Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Habana-Cuba; 2006

Se plantea que en la actualidad la neoplasia cervicouterina es una de las enfermedades más frecuentes en la mujer y se indica lo importante que es establecer un diagnóstico temprano y oportuno para disminuir la morbimortalidad por dicha entidad. Se estudia su incidencia en mujeres en edad climatérica debida entre otros factores a los cambios biológicos e inmunológicos que ellas experimentan. Otros factores asociados fueron la edad, hábito de fumar, déficit nutricional, promiscuidad, etc. Se indican los diferentes tratamientos aplicados y recomendaciones desde nuestra experiencia.⁴²

CONTEXTO NACIONAL

Sáenz Galarza, Mariuxi M *Factores de riesgo socio – culturales de infecciones de transmisión sexual (ITS), en los alumnos del bachillerato matutino del Colegio República del Perú.* Machala-Perú; 2013.

El presente estudio investigativo se realizó con el propósito de determinar los factores de riesgo que posibilitan la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), fue descriptivo, de corte transversal en tiempo prospectivo. Se recolectó información de la población de estudio, cuya muestra fue de 36 alumnos, los datos se procesaron y analizaron estadísticamente, se presentan los resultados de la investigación en tablas simples y combinadas, se conoció que el 50% de alumnos están en edades entre 14 – 16 años, cursando primero de bachillerato, 55% son mujeres, mestizas, proveniente de un estrato social medio.

Miyasato C. y Jara M., *Estudio serológico de HVS 2 e inmunocitoquímico de HPV 2 y HPV en displasia y neoplasia- Perú*; 2008.

Hacen una revisión de trabajos publicados sobre factores de riesgo, estudio epidemiológico, etc. dando énfasis a la importancia actual del Herpes Virus Humano tipo 2 y el Papiloma Virus Humano mucotrófico, y, una encuesta epidemiológica-citológica en 70,094 mujeres en riesgo de presentar cáncer de cuello uterino de la Costa, Sierra y Selva del Perú realizó un estudio serológico de Inmunofluorescencia, anticuerpos para HV2 en el 100 % de las mujeres portadoras de Displasia y Neoplasia en comparación al 10 % del grupo control. Utilizando la técnica de Inmuno peroxidasa-antiperoxidasa se demostró en las células exfoliadas del tracto cérvico vaginal el antígeno del Papiloma Virus Humano en el 9 % de las Displasias y en 6.3 % de la Neoplasia. Encontraron la presencia de HVS 2 y HPV simultáneamente en el 8.8 % de las Displasias y 4.5 % de la Neoplasia³².

Núñez Troconis José. *Virus del Herpes simple tipo 2: Influencia en el origen de las lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino/Herpes simple virus tipo 2” Centro de salud De Maracaibo. La Victoria-Perú*; 2006.

Se determinó si la interacción del virus del herpes simple tipo 2 con diferentes factores epidemiológicos, tienen influencia en las lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en los consultorios ambulatorios de los Olivos y Crujicito del Centro de salud De Maracaibo, la Victoria y la Consulta de patología de cuello uterino del Hospital Manuel Noriega Trigo “Seguro Social, donde se encontró 53 pacientes con neoplasia intraepitelial cervical y 10 controles fueron analizados. Se tomó un hisopado cervical para la determinación del virus del Herpes tipo 2 mediante la técnica de la inmunofluorescencia indirecta y para el virus del papiloma humano por la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa. La presencia del virus del herpes simple 2 fue de 27,65%(n=18 de pacientes. Las pacientes con lesiones pre malignas del cérvix(n=48 y las pacientes del grupo control(n=10 presentaron un 27,1% y 30% de positividad al virus del herpes simple tipo 2, respectivamente.

No se encontró ninguna asociación entre el virus del Herpes tipo 2 y la neoplasia intraepitelial cervical. El virus de herpes simple 2 no está asociado las lesiones pre malignas del cuello uterino.

Hernández.ed. *Infección por Herpes simple genital*. La Habana- Cuba; 2008

El Herpes Genital es una enfermedad de transmisión sexual que no tiene cura, que es causado por el virus del *Herpes simple tipo II* (HSV 2). Este virus pertenece a la familia del Herpesviridae. Esta enfermedad constituye un importante problema de salud en el mundo occidental. Su prevalencia oscila entre 10 y 60% de la población en países desarrollados. A pesar de existir tratamientos antivirales que disminuyen el número de recidivas y la intensidad de las mismas, el Herpes Genital tiene un impacto psicosocial desfavorable en los pacientes que lo padecen³¹.

Bellido Martínez, Joan Jackeline. *Conocimientos adquiridos durante el año de internado sobre prevención secundaria del cáncer de cuello uterino en estudiantes universitarios de la escuela académico profesional de obstetricia. Universidad de San Marcos. Perú; 2014*

Estudio de tipo observacional, descriptivo comparativo, prospectivo de corte transversal. Se trabajó con una población constituida por 63 estudiantes que empezaron el internado de obstetricia y 72 estudiantes que culminaron el año de internado de obstetricia de UNMSM en el año 2014. CONCLUSIONES: El nivel de conocimientos adquirido durante el año de internado sobre prevención secundaria del cáncer de cuello uterino en los estudiantes universitarios de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia fue “Medio” (Inicio de internado: 49.2%; Término de internado: 52.8%), aumentando en un 3.6%.

ANTECEDENTES LOCALES

Ibazeta Medina Jorge *Factores clínicos Epidemiológicos del Cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro de Ica*”.Peru-2014.

Se realizó un estudio de casos, la población de pacientes estuvo conformada 46 de los cuales 27 cumplían con los criterios de inclusión (biopsias compatibles con cáncer de cuello uterino), diagnosticado en los años 2008-2010. Teniendo como resultados donde las características más frecuentes fueron edad media 47 años (8.7%), mayores de 35 años (77.8%), convivientes (40.8%), instrucción secundaria (48.2%), provenían del área urbana (70.4%), nivel socio económico familiar medio (44.56%). Los resultados

anatomopatológicos fueron: 25.9%, carcinomas invasivos, 74.1% lesiones intraepiteliales de alta malignidad. Las características ginecoobstétricas fueron multigestas (59,3%), multíparas (55,6%), menarquia mayor o igual de 15 años (25,9%-33.3%). El síntoma clínico fue el sangrado vaginal post coital (29.2%). El antecedente de cáncer familiar fue (7,4%) y el 85.2% no tuvo controles previos al Papanicolaou. Conclusiones: El cáncer de cuello uterino es una enfermedad con múltiples factores clínico-epidemiológicos en las que existen la necesidad desarrollar una amplia cobertura del diagnóstico de enfermedades pre neoplásicas y neoplásicas en la población a fin de un diagnóstico y tratamiento oportuno.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 EL VIRUS DEL HERPES

Las infecciones de herpes son causadas por un virus. Un virus es un organismo que invade a las células, y que afecta las actividades normales de éstas. Existen ocho tipos de virus del herpes, los cuales son: el herpes simplex 1 (HSV 1), el herpes simplex 2 (HSV 2), el virus varicela-zoster (VZV), el virus Epstein-Barr (EBV), el citomegalovirus (CMV), el virus del herpes humano 6 (HHV 6), el virus del herpes humano 7 (HHV 7), y el virus del herpes humano 8 (HHV 8). El virus HSV 1 es el usualmente asociado con lesiones o úlceras que salen en los labios (fuegos), nariz, barbilla y otras partes de la cara.

Los virus herpes simple pertenecen a la familia Herpesviridae, son virus ADN, icosaédricos y envueltos, de aproximadamente 150nm de diámetro. Al igual que los demás miembros de esta familia, tienen la capacidad de persistir de manera latente y de reactivarse. Serológicamente se diferencian en dos tipos, los cuales comparten cerca de 50% de homología genética.

Si bien, ambos pueden infectar la mucosa genital, el VHS-2 es el principal agente de úlcera genital en el mundo. Generalmente, se considera una infección de diagnóstico clínico; sin embargo, en ocasiones se requiere de la certificación del laboratorio, especialmente en pacientes inmunodeficientes, mujeres embarazadas y recién nacidos.⁴⁷

El virus HSV 2 es el virus asociado con las infecciones de herpes genital. Alrededor del 22% de personas en los Estados Unidos mayores de 12 años

muestran evidencia de infección del HSV 2 al realizarse pruebas de sangre que distinguen claramente entre el HSV 1 y el HSV 2.

A) SÍNTOMAS

Las infecciones de herpes genital se clasifican en tres categorías: primaria, no primaria (inicial), o recurrente.

1) INFECCIÓN PRIMARIA

Esto quiere decir que nunca han tenido el HSV 1 ni el HSV 2. Los síntomas en estas personas a veces son más fuertes. Sin embargo, la mayoría de la gente que experimenta una manifestación primaria, no tiene síntomas que les molesten, o bien no presentan ningún síntoma. En las personas que sí tienen síntomas al presentarse una manifestación primaria, los síntomas pueden sentirse en todo el cuerpo: dolor de cabeza, de las articulaciones, cansancio, fiebre, dolor en las piernas y otros síntomas parecidos a la gripe. Frecuentemente se inflaman los nodos linfáticos de la entrepierna, y pueden sentirse como bolitas debajo de la piel. En estas circunstancias, el que crezcan los nodos linfáticos se considera una buena señal, ya que significa que el sistema inmunológico está defendiéndose contra la infección del herpes. Pueden también aparecer lesiones o llagas en la garganta o la boca. Los síntomas genitales pueden incluir también lesiones (por lo general a ambos lados de los genitales), dolor al orinar, comezón, y secreciones del pene o la vagina. Las lesiones comienzan como ampollas, luego se revientan y forman úlceras en la piel. Frecuentemente, las mujeres no notan la etapa de ampolla en los labios exteriores de la vulva. Se forman costras que finalmente se caen. Las lesiones en los labios interiores de la vulva no forman costras, sino que las lesiones son reemplazadas por piel nueva. Es común que las mujeres tengan también lesiones el cérvix uterino, mientras que los hombres pueden tenerlas dentro del pene. Estas descargas ocurren debido a que las células infectadas están siendo desechadas de esas áreas. Algunas mujeres con infecciones primarias de herpes suelen tener una infección vaginal, la cual ocasiona mayores molestias con la irritación y las descargas. Frecuentemente, una nueva serie de lesiones aparecerá 5 a 7 días después de la primera aparición de lesiones. La manifestación primaria dura por lo general de 2 a 3 semanas en aquellas personas que reconocen los síntomas.

2) INFECCIONES NO-PRIMARIAS (o iniciales)

Ocurren cuando una persona ha sido infectada por el HSV 1, y adquiere el HSV 2. El anticuerpo ya existente del HSV 1 mantiene la infección de HSV 2 bajo control hasta cierto punto, y los síntomas del HSV 2 pueden pasar completamente inadvertidos. Sin embargo, los anticuerpos del HSV 1 no garantizan que alguien no adquiera el HSV 2. Por lo tanto, una persona podría tener antecedentes de lesiones causadas por HSV 1 (o haber sido infectada sin saberlo o sin recordarlo), y aun así tener herpes genital causado por el HSV 2. Los síntomas de una infección inicial no-primaria son menos severos que la infección primaria y la mayoría pasan desapercibidos. Las lesiones generalmente cubren un área menor. Los síntomas en todo el cuerpo descritos anteriormente tienen menos posibilidades de manifestarse, y el tiempo de recuperación es generalmente más corto. Es importante hacer notar que la mayoría de la gente que entra en esta categoría tiene manifestaciones lo suficientemente menores como para que no sean detectadas; actualmente es conocido que tanto como un 80-90% de las manifestaciones de este tipo no son reconocidas.

3) INFECCIONES RECURRENTES

Ocurren en personas que han tenido una infección previa de HSV en la misma parte del cuerpo, o en zonas cercanas. Para las personas con herpes genital, esto incluye tener manifestaciones en genitales, muslos, abdomen bajo, recto y nalgas, ya que el mismo grupo de nervios cubre estas áreas. Una persona no necesita haber tenido contacto sexual en cualquiera de las partes de esta zona para tener manifestaciones en ella. Por ejemplo, no es necesario haber tenido sexo anal para tener manifestaciones en la zona del recto. Algunas veces, las manifestaciones ocurren en el mismo lugar siempre que aparecen, pero pueden suceder en otras partes. Durante las manifestaciones recurrentes, la mayoría de la gente no experimenta los síntomas de todo el cuerpo como dolor de cabeza, fiebre, etc. Las lesiones cubren un área aún menor, y muchas personas no experimentan dolor durante la manifestación. La duración promedio de estas manifestaciones dura de 2 a 10 días.

B) DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del herpes genital puede ser difícil, pero resulta de gran importancia el tener un diagnóstico correcto para los siguientes pasos. Existen tres formas en que puede realizarse el diagnóstico del herpes, las cuales son el examen físico, la toma de muestras con hisopo, y los exámenes de sangre. Con todos ellos, el tener información completa de su historial médico y sexual.

1) EXAMEN FÍSICO

Este es uno de los métodos más usados, y menos confiable para el diagnóstico. Es realizado generalmente por un médico, obstetra, con entrenamiento para evaluación de enfermedades sexualmente transmitidas (ITS). Primero se hará la historia clínica del paciente con el desarrollo del padecimiento. El examinador necesitará saber las prácticas sexuales de riesgo del paciente (sexo oral, coito vaginal, coito anal, promiscuidad, etc.) para saber en dónde revisar los síntomas. A continuación, la persona encargada del examen buscará síntomas relacionados con el herpes genital. Para las mujeres, esto puede incluir una exploración pélvica de los órganos reproductivos internos. Durante un examen femenino común, se revisan los genitales externos, la vagina y el cérvix uterino, en busca de lesiones y secreciones extrañas. En los hombres, se examina el pene y el escroto en busca de lesiones. Tanto hombres como mujeres también son revisados en busca de signos de infección en y alrededor del recto, en los muslos y nalgas, en el pubis, y en la boca y los labios. Se revisan también los nodos linfáticos de la entrepierna, para ver si están inflamados o sensibles. Si no se encuentran lesiones, el examen físico no proporcionará un diagnóstico confiable para confirmar o descartar una infección de herpes. Deberán realizarse estudios de laboratorio para confirmar la opinión del clínico(a).

Según estudios realizados, un 20% de las veces que se diagnostica infección de herpes basándose solamente en examen físico, no existe dicha infección. Insista que le realicen estudios de laboratorio, adicionalmente a los exámenes físicos.

2) TOMA DE MUESTRAS CON HISOPO

- **CULTIVO VIRAL**

Para el cultivo viral, se frota un hisopo vigorosamente sobre el área de piel que parece anormal. Luego el material que se acumula en el hisopo es colocado en un líquido para transportar el espécimen al laboratorio.

Todos los cultivos que den resultados negativos deberán ser seguidos por un examen de sangre preciso de tres a cuatro meses después de la posible exposición al virus, para ver si la persona realmente tiene el herpes o no. Los falsos resultados positivos son muy pocos. Si un cultivo resulta positivo, entonces la persona puede estar convencida de que tienen herpes. El cultivo tradicional tarda de 7 a 14 días en crecer. Existen nuevos estudios en el mercado que proporcionan respuestas más rápidamente, en algunos casos tan rápido como 18 horas. Estos pueden ser ligeramente menos sensibles que los cultivos que toman los 7 a 14 días en crecer.

- **PCR (POLYMERASE CHAIN REACTION)**

El estudio de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR por sus siglas en inglés), también es realizado por medio de muestras tomadas de un área de piel anormal. Sin embargo, este examen es mucho más sensible que el cultivo; es decir, se detectan más casos verdaderos de herpes cuando se utiliza este método. Adicionalmente, las muestras examinadas por el método PCR en vez del de cultivo son mucho más estables, y tienen menos probabilidad de sufrir influencias de aspectos de transporte o de tiempo entre la clínica y el laboratorio. Con el tiempo, tal vez el cultivo sea sustituido completamente por el PCR. Para casos de diagnóstico e identificación de posibles infecciones de herpes en bebés o bien a través de la médula, (spinal fluid) deberá usarse el PCR exclusivamente.

- **PREPARACIÓN TZANCK**

Este examen es usado a veces en clínicas para el tratamiento de enfermedades sexualmente transmitidas para diagnósticos rápidos, o bien usado para diagnósticos iniciales mientras los cultivos o el PCR está en proceso. Para este examen, se toman muestras de células de la base de una lesión con un hisopo, las cuales se colocan en una laminilla de vidrio, se aplica un tinte o medio de contraste y son examinadas al microscopio.

Las células infectadas con el virus del herpes aparecen como células muy grandes con muchos centros (también conocidas como células gigantes multinucleares). Las células infectadas absorben el tinte de una forma distinta a las sanas. Al igual que en los cultivos, si se obtiene un resultado negativo, deberá realizarse un examen de sangre de 3 a 4 meses después del posible contacto con el virus, para determinar si una infección de herpes se ha producido.

- **EL PAP SMEAR**

Es más común de encontrar como estudio de laboratorio que el Tzanck. Existe un nuevo examen que es realizado en algunos laboratorios donde se incluye un PCR para herpes junto con el Pap smear, así como exámenes para clamidia y gonorrea. Es importante comprender que en el examen del Pap smear, lo que se intenta determinar es si el virus del herpes está presente al momento de la muestra. Si el resultado es negativo, ello no quiere decir que la persona no tenga el herpes; simplemente indica que al momento de la muestra, el virus no fue encontrado. A diferencia de la gonorrea y la clamidia, el virus del herpes no siempre está presente cuando alguien es infectado. Un resultado negativo del “silver pap”, como se le conoce a esta combinación de exámenes, puede resultar muy confuso. La única forma de saber si existe una infección de herpes en una persona sin síntomas es buscar anticuerpos del virus por medio de un examen de sangre, y no tanto buscar al virus en sí.

3) EXAMENES DE SANGRE

En el ámbito del diagnóstico del herpes, actualmente existen nuevos exámenes de sangre específicos para la detección del herpes, lo cual es muy interesante. Los exámenes de sangre para el herpes buscan anticuerpos del virus, y un examen de anticuerpos positivo significa que la persona está infectada con el virus. No existe tal cosa como un examen de sangre positivo, debido a que la persona haya estado expuesta. Los anticuerpos son proteínas que se generan como respuesta a la presencia de un virus, y en ocasiones puede tomar tiempo en desarrollarse en un individuo. Por ello es importante esperar el tiempo

adecuado entre el posible contacto y el examen de sangre, para asegurar la precisión del mismo. El tiempo ideal es de 3 a 4 meses. Los exámenes de sangre tradicionales (llamados de antígenos crudos) podían detectar anticuerpos del herpes simple en general, pero eran muy pobres al tratar de diferenciar de manera precisa entre los tipos 1 y 2. Así que, si una persona tenía lesiones en la boca o en los genitales, el examen de sangre era positivo al anticuerpo del herpes. Estos exámenes tradicionales no son tan buenos porque no pueden determinar diferencias entre los tipos 1 y 2, por lo que una persona puede ser diagnosticada con el tipo 2 (herpes genital generalmente), cuando en realidad tienen el tipo 1 (herpes oral). Esta falta de exactitud en diferenciar entre estos dos tipos del virus se conoce como reactividad cruzada. Los nuevos exámenes, llamados serológicos de tipo específico o (TSST por sus siglas en inglés) sí distinguen entre el HSV 1 y el 2 con un alto grado de certeza. Los nuevos exámenes miden los niveles de un tipo de anticuerpo llamado IgG. Se basan en la detección de anticuerpos gG, que es específico para el HSV 1 y 2. Los exámenes de sangre IgG para el herpes simple no detectan anticuerpos de otros tipos de herpes, tales como la varicela (chicken pox). Los exámenes de tipo específico IgG también pueden ayudar a distinguir entre nuevas infecciones de infecciones anteriores. Por ejemplo, una persona desarrolla una lesión en el área genital, se le realiza un examen de hisopo, ya sea por cultivo o PCR, y el resultado muestra HSV 2. En la misma visita, se le toma una muestra de sangre, y el TSST resulta negativo para el HSV 2. Los exámenes para otro tipo de anticuerpo, el IgM, no distinguen de manera precisa entre los tipos de virus, y tampoco pueden diferenciar entre una nueva infección y una anterior. También pueden detectar otros tipos de herpes, como la varicela o el mono virus, por lo que se recomienda que se eviten completamente para el diagnóstico de herpes. Hay un nuevo análisis disponible de la Universidad de Washington, llamado avidity testing (prueba de avidéz). Este estudio puede distinguir los anticuerpos nuevos de los viejos, y resulta útil al tratar de determinar por cuánto tiempo se ha tenido una infección.

Actualmente, existen cuatro estudios serológicos de tipo específico basados en anticuerpos gG que están disponibles en laboratorios clínicos: WESTERN BLOT El primero de ellos, desarrollado en la Universidad de Washington por la

Dra. Rhoda Ashley Morrow. Es muy preciso, y las muestras pueden enviarse a su laboratorio desde cualquier parte de los Estados Unidos. El HerpeSelect viene en dos formatos de estudio: El EIA (o ELISA), y el Inmunoblot. Ambos están basados en gG, y ambos pueden distinguir de manera exacta entre el HSV 1 y el 2; son muy sensibles y específicos para el herpes. El HerpeSelect es el estudio que por lo general obtendría una clínica al solicitar una serología específica a laboratorios de referencia nacional.

C) TRANSMISIÓN

El herpes genital se transmite de una persona a otra por medio del contacto sexual, el cual incluye el coito, contacto oral-genital, o bien frotar los genitales sin ropa de por medio (llamado a veces “outercourse” o coito externo). Cuando alguien que tiene una lesión en su boca, o simplemente una infección oral sin lesiones presentes, y ésta persona otorga sexo oral a alguien más, el virus puede pasarse de la boca de la persona infectada a los genitales de la otra persona. Quien recibe el sexo oral podría entonces obtener herpes genital. El tipo del virus no cambia (es decir, no pasa de ser tipo 1 a tipo 2), pero el virus de la lesión oral vivirá, y probablemente con recurrencias en el área genital de la persona infectada. Las lesiones en la boca han existido desde hace mucho tiempo, y algunas personas no aceptan que éstas puedan ser una fuente importante de infecciones de herpes genital. Sin embargo, el sexo oral, al volverse más común, ocasiona que más personas se contagien de herpes genital de esta forma. El sexo anal también puede transmitir el virus a la zona rectal, aunque muchas personas que sufren de manifestaciones de herpes en el recto y las nalgas nunca han tenido sexo anal. Esto puede suceder cuando el virus viaja a través de otras terminales nerviosas de la zona de los genitales. A esto se le llama auto-inoculación, lo cual por lo general ocurre durante la primera manifestación, cuando el sistema inmunológico no ha producido una respuesta inmunológica al herpes.

Uno de los aspectos más difíciles del herpes es que existe la posibilidad de transmitir el virus cuando no hay lesiones aparentes. Las mujeres pueden tener el virus en el cérvix sin tener lesiones externas en sus cuerpos, y los hombres pueden tenerlo dentro de la uretra, también sin lesiones externas. El virus

puede transmitirse de la piel de los genitales (tanto en hombres como en mujeres) sin tener lesiones, a través de aperturas microscópicas en la piel. A esto se le llama transmisión asintomática del virus, es decir, sin ningún síntoma. A medida que los métodos de detección del virus se vuelvan más sensitivos, se podrá identificar de mejor manera la transmisión y tipo del virus. Por mucho tiempo pensamos que el herpes era evidente siempre que podríamos saber con certeza si una manifestación estaba ocurriendo. Pero ahora sabemos que ese no es el caso, y que el herpes tiene muchas caras, y que muchas son irreconocibles. La verdad es que la mayoría de las manifestaciones del herpes genital son leves, y fáciles de pasar desapercibidas. Sin embargo, debemos recomendar que cuando se tenga una lesión por el virus, no se deberán compartir las toallas con otras personas, ya que mantienen humedad y calor por un tiempo, y el virus podría vivir por un breve período en ese ambiente. Algunos estudios han mostrado que el virus puede vivir por poco tiempo fuera del cuerpo, pero no hay casos documentados de personas que hayan contraído el virus de un objeto sin vida. Cuando se combina el uso de preservativos con terapia antiviral, la probabilidad de transmisión se reduce enormemente; sin embargo, quedan probabilidades pequeñas de que la transmisión ocurra.

D) TRATAMIENTO

Ha habido muchos intentos de encontrar una cura efectiva contra el herpes, pero a la fecha, no se ha encontrado una cura permanente. Sin embargo, se ha logrado gran avance en el tratamiento de la enfermedad, y la investigación continúa en todos los aspectos de la infección. TERAPIA ANTI-VIRAL En 1985 fueron puestas a la disposición del público general las primeras medicinas para el tratamiento antiviral oral. Ahora solo existen tres antivirales disponibles en los Estados Unidos: Acyclovir, Valtrex y Famvir. Estas tres drogas funcionan bien cuando son tomadas siguiendo las indicaciones. El virus se mantiene presente en el cuerpo, y después de que se detiene la medicación, las manifestaciones y posibilidad de contagio regresan a niveles normales aunque el riesgo de contagio asintomático puede ser reducido considerablemente por este medio, no se elimina por completo. Una medicación antiviral funciona así:

la droga se presenta al virus como un elemento químico que el virus necesita para su reproducción. Pero en realidad esto es falso, así que cuando el virus intenta reproducirse después de tomar los químicos, no puede hacerlo. No muere completamente, sin embargo no puede reproducirse efectivamente. Con ninguno de los antivirales se ha probado que sean seguros para usarse por mujeres embarazadas, pero se ha obtenido información sobre el uso de antivirales en el embarazo, y la mayoría de los obstetras usan las medicinas represivamente durante el último mes de embarazo para prevenir manifestaciones cercanas al tiempo del alumbramiento. Si una mujer se embaraza al estar bajo tratamiento antiviral, debe discontinuar el uso y consultar a su médico.

- **ACYCLOVIR (GENERICO)**

Esta medicina antiviral fue la primera aprobada por la Administración Federal de Drogas (FDA por sus siglas en inglés) como tratamiento tópico en manifestaciones de primera vez. La presentación tópica del medicamento demostró reducir ligeramente los tiempos de las primeras manifestaciones, pero no tuvo ningún efecto en las recurrencias posteriores. La forma tópica no tiene lugar en el tratamiento de herpes genital recurrente. El Acyclovir en forma oral se indica en una de las tres siguientes formas: Manifestaciones de Primera vez: 400 mg tres veces al día durante 7-10 días. Recurrencias: 400 mg tres veces al día durante 5 días, o bien 800 mg dos veces al día durante cuatro días. Represión: 400 mg dos veces al día, todos los días. El Acyclovir también está disponible en forma intravenosa para uso en bebés y adultos que requieran tratamientos más agresivos. Está disponible en forma líquida para aquellos que tienen problemas para tragar pastillas.

- **VALTREX (VALACYCLOVIR)**

Esta medicina aprobada por la FDA puede usarse en manifestaciones de primera vez, en manifestaciones recurrentes y para represión. Está aprobada también como reductora de la transmisión del herpes genital de una persona infectada a una sana. En la actualidad, es el único antiviral con un tratamiento reducido de 5 a 3 días para manifestaciones, que está aprobado por la FDA. Manifestaciones de Primera vez: 100 mg dos veces al día durante 10 días.

Recurrencias: 500 mg dos veces al día durante 3 días. Represión: 1000 mg una vez al día para personas que tienen 10 o más manifestaciones por año. 500 mg una vez al día para personas que tienen 9 o menos manifestaciones al año. Las dosis se deben tomar todos los días.

- **FAMVIR (FAMCICLOVIR)**

Esta medicina antiviral está aprobada por la FDA para el tratamiento de recurrencias y para represión. Sin embargo, la FDA no ha aprobado el uso de Famvir para episodios de primera vez, aunque el CDC (Centro de control de enfermedades) describe un régimen de dosis con este propósito: Manifestaciones de Primera vez: 250 mg tres veces al día durante 10 días. Recurrencias: 125 mg dos veces al día durante 5 días. Represión: 250 mg dos veces al día, todos los días.

2.2.2 CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer cervicouterino, conocido también como cáncer de cuello de útero (o matriz), es una enfermedad que se produce cuando hay un crecimiento anormal de las células del cuello del útero. Las lesiones del cuello uterino (CU) forman un espectro continuo, cuya historia natural se inicia por lo general con una lesión ocasionada por el virus del papiloma humano (HPV), al que se suman otros factores y cofactores como son: las infecciones de transmisión sexual, el tabaquismo, el déficit nutricional y la disminución de la vigilancia inmunológica, que al actuar sinérgicamente podrían en un tiempo impredecible evolucionar a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y de ésta al cáncer.¹

La neoplasia cervicouterina es una de las enfermedades más frecuentes en las mujeres de hoy en día, pues constituye una de las primeras causas de muerte en los países en vías de desarrollo. Su tasa de incidencia en América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo.⁴²

En los últimos años se observa un incremento de las lesiones del cuello uterino en mujeres de edad climatérica en las que se reporta el 17,5 %.^{3, 4} En la mujer en esa edad se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida a las infecciones del tracto urogenital como el papiloma virus humano (PVH) que ha cobrado una elevada incidencia para el

65 % del total de las afecciones del cuello uterino. Los cambios de los genitales femeninos asociados con la edad pudieran proporcionar un terreno favorable para adquirir la infección por PVH.⁴²

El VPH pertenece a la familia de los papovavirus, es un virus ADN de 55 nanómetros de diámetro, de estructura heicosaedrica con un cápside compuesta por 52 capsomeros. Los diferentes tipos y subtipos virales, estos subtipos virales son divididos en tres subgrupos de relevancia clínica:

- **Subgrupo viral de bajo riesgo oncogénico:** como el 6, 11, 30, 42, 43 y 44 frecuentemente hallados en el SIL de bajo grado, y raramente en el cáncer invasor.
- **Subtipos virales de riesgo intermedio:** Como el 31, 33, 35, 39, 51, 52, 58, 61 hallándose en el SIL de alto grado y raramente en el cáncer invasor.
- **Subtipos virales de alto riesgo oncogénico:** como el 16, 18, 45, 56 hallados en el SIL de alto grado y en el cáncer invasor.

El VPH es epitelio trópico, Infecta las células epiteliales de la piel y las mucosas produciendo una proliferación epitelial local en el sitio de la infección

Según estudios nacionales e internacionales al respecto, los factores de riesgo que predominaron en las portadoras de neoplasia cervical fueron:

- Edad: favorecida por el factor hormonal al declinar la función ovárica, lo que lleva a la disminución de la defensa estrogénica del aparato genital.
- Hábito de fumar: por más de 15 años de evolución, influye doblemente por estar demostrado que es consumidor de estrógeno, que a esta edad están disminuidos y porque afecta la vigilancia inmunológica a nivel del mucus cervical.⁴⁵
- Multiparidad: La mujer se inmunodeprime en cada embarazo, y puede influir la afectación inmunológica repetida en una infección más fácil con el virus (PVH) además de los efectos traumáticos que sobre el cuello puede producir cada parto.

- Edad de las primeras relaciones sexuales: mientras más precoces fueron más severa se manifestó la neoplasia del cérvix, presuntamente por la adquisición de ITS y el trauma sobre un epitelio inmaduro.⁴²
- Promiscuidad: varios son los autores, tanto nacionales como internacionales, que abogan a favor de que este aspecto determine un mayor riesgo de aparición de neoplasia del cérvix en mujeres a esta edad con antecedentes de múltiples compañeros sexuales.⁴⁵

A) ETIOLOGÍA

La detección del DNA del papiloma en las células tumorales, fue la primera evidencia de vínculo entre PVH de alto riesgo y las lesiones premalignas y malignas del cérvix.

En la actualidad hay más de 120 tipos de PVH involucrados de alguna forma con las lesiones en la mucosa cervical.

Los factores de riesgo como la edad, la relación sexual precoz, el hábito de fumar, la multiparidad, entre otros, asociados a las ITS, al déficit inmunológico y a los malos hábitos dietéticos en estas mujeres parecen influir en la transformación del epitelio normal del cérvix en lesiones atípicas.⁴⁶

B) SINTOMATOLOGÍA

El cáncer en sus comienzos también pueden pasar inadvertidos o presentar una sintomatología exigua que no intranquiliza a la paciente.

El síntoma fundamental que induce a la consulta es la metrorragia, a la que después se le asocia el flujo.

Las pérdidas sanguíneas iniciales, por lo general escasa, pueden ser inducidas por pequeños traumatismos; lavados vaginales, exámenes genitales, esfuerzos y particularmente por el coito, (sinusorragia) otras veces son esporádicas intermitentes o continuas, Se deben a la fragilidad de los vasos superficiales y a la desintegración hística necrosis del tumor.

El flujo, es de aspecto variable, se observa entre los episodios hemorrágicos. Puede ser acuoso sanguinolento; purulento, si el tumor está infectado, hecho

muy frecuente, o sanioso y fétido por la mortificación del tumor y la presencia de gérmenes anaerobios.

C) DIAGNÓSTICO

- Anamnesis (Antecedentes patológicos personales y factores de riesgo)
- Cuadro clínico: pudiera ser sintomática, existir leucorrea persistente, sangrado genital, dispareunia y/o dolor pélvico.
- Examen físico: Con Speculum (Lesiones cervicales del tipo de erosión, eversión, ulceración, formaciones polipoide o necrótica con pérdida de la anatomía del órgano, que puede sangrar al contacto)

1) MEDIOS DIAGNÓSTICOS

a) PRUEBA DE SCHILLER:

Las zonas afectadas se tiñen menos que la no afectada, y muestran imágenes yodo negativas o yodo positivos. Mientras mayor sea el grado de afectación epitelial más agudo y cortante será el borde que lo limita del área sana.

b) CITOLOGÍA ORGÁNICA:

Tiene elevado índices de confiabilidad, si se toma la muestra adecuadamente. Estos sistemas se basan en el concepto de continuidad creciente de la atipia citológica que se inicia en las capas basales y se extienden a las células superficiales, ya que aunque la citología proviene de la superficie de órganos como el cuello uterino, estas nuestras reflejan con precisión procesos más profundos, cubren una superficie más amplia de estudio de los que la biopsias pueden hacer, no elimina tejido viable y produce poco o ningún proceso inflamatorio o de reparación.

• PRUEBA DE PAPANICOLAU

El test de Papanicolaou es una técnica de detección citológica que permite identificar lesiones pre canceroso y cáncer de cuello uterino, mediante la recolección de células descamadas del epitelio cervical, para la realización de un estudio microscópico. La toma de muestra se realizará con una espátula de Ayre, escobilla o hisopo de algodón no reabsorbible, en la zona escamo-columnar del cérvix.

Deberá recomendarse a la usuaria

- ✓ No estar en el período menstrual (regla).
- ✓ No haber tenido relaciones sexuales las 48 horas anteriores
- ✓ No haberse realizado duchas vaginales en el lapso de 48 horas antes.
- ✓ No haberse aplicado ningún tratamiento médico vaginal (óvulos o cremas), durante las últimas 48 horas

Luego de explicar a la usuaria sobre las características de la citología cervical y el procedimiento que se va a realizar, invítela para que se coloque en posición ginecológica y cúbrala con campos. Observe la vulva, separe los labios delicadamente introduzca el espéculo vaginal limpio y seco a la cavidad vaginal en forma paralela al eje anatómico, y realice las maniobras respectivas para visualizar y “centralizar” el orificio cervical externo.

- ✓ La toma de muestra se debe realizar con una espátula de Ayre, con cepillo endo cervical o hisopo de algodón no absorbente.

Con espátula de Aire introducir la porción más larga de la espátula al conducto endocervical y posteriormente rotarla 360°, ejerciendo una leve presión.

Con cepillo endocervical: introducir la misma en el canal endocervical y rotarla 360°, para que con esta maniobra sea posible recoger células (aplicar una presión muy leve sobre el cérvix ya que sangra con facilidad) se debe extender la muestra haciendo rotar una sola vez la escobilla sobre el portaobjetos, en sentido longitudinal, sin perder contacto con el portaobjetos. Con hisopo: hacerlo rotar 360° en contacto con el portaobjetos

- ✓ La fijación de la muestra se realiza con alcohol, spray o laca común para el cabello. Agitar el frasco y luego aplicar un chorro sobre la lámina, a una distancia de 20 a 30 cm, evitando de esta manera un barrido de las células de la misma. También es posible fijar la muestra introduciéndola en un recipiente que contenga alcohol de 96°, por un tiempo de 30 minutos como mínimo. Otro procedimiento de fijación es con cytospray, agitando el frasco y emitiendo un chorro a una distancia de 20 a 30 cm. Para evitar errores en este paso, debe fijarse la muestra en forma

inmediata evitando de esta manera alteraciones celulares por desecación que impidan una lectura adecuada

- ✓ Se debe registrar el nombre completo y apellidos de la usuaria y el número correspondiente de la lámina con lápiz de grafito (en caso de existir una porción esmerilada del portaobjetos) o adjuntando un pedazo de papel o tarjeta con los datos pertinentes, adhiriéndolo a la lámina con un clip.
- ✓ La usuaria debe ser informada del tiempo que demorará el reporte de laboratorio, citándola en la fecha correcta.
- ✓ Para el registro de los casos atendidos, debe realizarse el seguimiento y reporte mensual, con el cuidado de incorporar datos correctos y el llenado de formularios específicos.

✓ **Clasificación de Bethesda:**

La mayoría de los laboratorios en Estados Unidos usan un conjunto establecido de términos, llamado Sistema Bethesda al dar el informe de los resultados de la prueba de Papanicolaou.

El Sistema Bethesda clasifica por separado las anomalías de las células escamosas y de las células glandulares. Las anomalías de las células escamosas se dividen en las siguientes categorías, las cuales varían de las más leves a las más graves.

- Las **lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado**, se consideran anomalías leves causadas por una infección por VPH. De bajo grado significa que se han observado los primeros cambios en el tamaño y en la forma de las células. Intraepitelial se refiere a la capa de células que forma la superficie del cérvix. Las LSIL a veces se clasifican como displasias leves.
- Las **lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado**, son anomalías más graves que tienen una probabilidad mayor de que se conviertan en cáncer si no son tratadas. De alto grado significa que hay cambios más marcados en el tamaño y en la forma de las células anormales (precancerosas) y que las células se ven muy diferentes de las células

normales. Las HSIL comprenden lesiones con displasia moderada o grave y carcinoma in situ (CIS).

- **El carcinoma** de células escamosas, es cáncer de cérvix. Las células escamosas anormales han invadido más profundamente el cérvix, así como otros tejidos u órganos.

Las anomalías de las células glandulares se dividen en las siguientes categorías:

- **Células glandulares atípicas**, (atypical glandular cells, AGC), significan que las células no parecen normales.
- **Adenocarcinoma endocervical in situ**, (endocervical adenocarcinoma in situ, AIS), significa que las células precancerosas se encuentran solamente en el tejido glandular del cérvix. El adenocarcinoma incluye no solamente el cáncer del canal endocervical mismo, sino también, en algunos casos, el cáncer endometrial, el cáncer extrauterino y otros cánceres.

- **MÉTODO DE INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)**

La IVAA consiste en la observación del cérvix para detectar anomalías después de aplicar ácido acético al 5%. El ácido acético se utiliza para aumentar e identificar epitelio anormal a través del cambio “acetoblanco” de una lesión preneoplásica o cancerosa.

Es una prueba no invasiva, fácil de realizar y económica. Puede ser realizada (previa capacitación) por los(as) trabajadores(as) de salud en todos los niveles de atención. Los resultados están disponibles inmediatamente. Es un método apropiado para instalaciones de bajos recursos. Para su procedimiento se debe emplear los siguientes pasos:

- ✓ Explicar a la usuaria el procedimiento y una vez se obtenga el consentimiento por escrito, colocarla en posición ginecológica. Introducir un espéculo en la vagina, acomodándolo de tal manera que se pueda visualizar el cuello uterino.

- ✓ Acomodar una fuente de luz que permita una adecuada inspección de las características anatómicas del cérvix e identificación de alteraciones. En caso necesario, limpiar el cérvix, muy suavemente, con una torunda, removiendo secreciones o moco cervical.
- ✓ Identificar la zona de transformación (zona T), orificio cervical y unión escamo-columnar. Aplicar una torunda empapada con ácido acético al 5% hasta empapar el cérvix. Esperar un minuto hasta que el ácido acético se absorba y aparezcan áreas blancas, por reacción al ácido (reacción acetoblanca).
- ✓ De ser necesario, repetir el procedimiento. Posteriormente, limpiar cualquier remanente de ácido acético.
- ✓ Retirar cuidadosamente el espéculo (evitar molestias o dolor a la paciente).
- ✓ Registrar los hallazgos en el formulario de informe.
- ✓ En caso de observar áreas blanquecinas durante el examen, la prueba deberá ser registrada como anormal.

El diagnóstico citológico se puede ver afectado por la edad, pues el déficit estrogénico provoca pérdidas de capas de epitelio poliestratificado, así como por el movimiento fisiológico de la línea escamo-columnar (LEC) hacia dentro del canal.⁴²

c) CEPILLADO DE CANAL

Se emplea cuando no se visualiza el límite escamo-columnar (LEC) y cuando falta correlación citocolposcópica.

d) COLPOSCOPIA

Medio diagnóstico que data desde 1925, descubierto por Hinselman, que consiste en observar el cérvix a mayor aumento. Es útil para evaluar la extensión de la lesión y guiar la biopsia para diagnóstico histológico.

e) MICROCOLPOHISTEROSCOPIA

Método útil que permite la visualización del canal endocervical y ofrece información diagnóstica.

f) HISTOLOGÍA

Sólo a través del estudio histológico de la lesión se puede confirmar el diagnóstico citológico y/o colposcópico. Es el método que determina la conducta terapéutica que se debe seguir.⁴²

D) TRATAMIENTO

1) Biopsia: Si durante la vigilancia aparece alguna alteración o si no hay correlación cito-colpo-histológica se indicará biopsia de las lesiones.

2) Tratamiento destructivo local:

- Químico: ácido tricloroacético.
- Físico: electrocauterización.
- Crioterapia.
- Laserterapia.

3) Tratamiento escisional:

Elimina el tejido enfermo y sirve para su estudio histológico; se puede emplear como por radiocirugía (asa diatérmica) de forma ambulatoria.⁴²

4) Amputación de cuello

5) Tratamiento quirúrgico radical:

Criterio:

- Lesión muy extensa del LEC no visible por colposcopia insatisfactoria.
- Sospecha o confirmación histológica de invasión.
- Legrado endocervical positivo para LEC de alto grado o cáncer invasor.
- No correlación citocolposcópica.
- Fallo de otros tratamientos utilizados.
- Imposibilidad de seguimiento.

Métodos a emplear: se utiliza en mujeres con afecciones pélvicas asociadas, lesiones de alto grado o recidivante y en el cáncer invasor.

- Histerectomía total simple
- Histerectomía total + linfadenectomía:

Destinada a pacientes con carcinoma en estadios

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

A) ANTECEDENTE DE CÁNCER FAMILIAR

Es un factor de riesgo para importantes problemas de salud como insuficiencia cardiaca, derrame cerebral, diabetes y cáncer. Un factor de riesgo es cualquier cosa que aumente sus posibilidades de adquirir una enfermedad.

B) CÁNCER DE CERVICO UTERINO

El cáncer de cuello uterino se inicia con la multiplicación anárquica células de tendencia invasora.

C) CUELLO UTERINO

El cuello uterino es una frontera de epitelios, uno plano (poli estratificado) y otro cilíndrico, que cambian a lo largo de la vida con el desarrollo, con el ciclo menstrual con el embarazo, con el parto y con el posparto.

D) EDAD

Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

E) EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

Es la edad en que se inicia a tener relaciones sexuales es decir es un encuentro íntimo, físico y emocional entre dos personas. En ese encuentro, las personas unen sus cuerpos de una manera especial y expresan sus sentimientos y emociones.

F) FLUJO VAGINAL MALOLIENTE

El flujo vaginal es producido por el cuello uterino y las paredes vaginales, por lo general es claro o blanquecino y no tiene olor. Si el flujo vaginal es maloliente, entonces este puede ser el signo de una infección o podría indicar otros trastornos, sobre todo si se acompaña de dolor, picazón, ardor o hinchazón de la vagina y la vulva.

G) HERPES SIMPLE TIPO 2

El herpes es una enfermedad de transmisión sexual (ETS), se caracteriza por episodios repetidos que se desarrollan con una erupción de pequeñas ampollas, generalmente dolorosas, sobre los genitales.

H) INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL

Conjunto de infecciones que se pueden expresar clínicamente con distinta sintomatología, que tienen diferentes agentes etiológicos y que las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse por vía sexual, sin ser esta la única vía de transmisión.

I) LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO RIESGO

Lesión donde se encuentran células levemente anormales en la superficie del cuello uterino, también corresponde a lo que se suele llamar displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical grado 1 (conocida como NIC 1).

J) LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO RIESGO

También se le conoce como displasia moderada o severa o bien carcinoma in situ, significa que hay un gran número de células precancerosas que se ven muy diferentes de las células normales. Estos cambios precancerosos comprenden solo células en la superficie del cuello uterino.

K) NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

Número de contactos sexuales, con los cuales se ha tenido relaciones coitales

L) NÚMERO DE GESTACIONES

Número de períodos que transcurren entre la implantación del Cigoto en el útero, hasta el momento del parto.

M) PAPANICOLAU (PAP)

Es una técnica de detección citológica que permite identificar lesiones pre canceroso y cáncer de cuello uterino, mediante la recolección de células descamadas del epitelio cervical, para la realización de un estudio microscópico.

N) SANGRADO POST COITAL

Es cualquier manchado o sangrado no relacionado con la menstruación que ocurre durante o después de la relación sexual

O) SEXO ANAL

Es introducir el pene dentro del ano de la pareja. Debe realizarse con preservativo y lubricación, sea con agua, cremas o lubricantes para que la penetración sea más sencilla.

P) SEXO ORAL

Consiste en estimular los órganos sexuales de la pareja con la boca, por lo que la mujer introduce el pene dentro de su boca y el hombre lame o frota con su boca el clítoris de la mujer.

Q) SEXO GENITALES

La cópula o relación sexual con penetración, utilizando los órganos sexuales (genitales): pene y vagina.

R) TIPO DE RELACION COITAL

Es el conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual, pueden incluir muchas prácticas.

S) ÚLCERAS GENITALES

Las ampollas y las llagas o úlceras en los genitales femeninos son lesiones en la región de la vulva y la vagina que aparecen por múltiples causas.

T) USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Uso de métodos para prevenir un embarazo no deseado.

U) VESÍCULAS HERPÉTICAS

Son vesículas de pequeño tamaño llenas de líquido que van apareciendo sucesivamente hasta formar un racimo. Estas se rompen fácilmente dejando una pequeña ulceración cutánea que con frecuencia se cubre de una costra que cuando cae deja una piel rojiza. Aparecen a causa del virus del Herpes.

CAPITULO III
HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Existe influencia entre el Virus del HERPES SIMPLE TIPO 2, en mujeres con cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional de Ica durante 2014-2015.

3.2 VARIABLES DE LA INVESTIGACION

3.2.1 VARIABLE DEPENDIENTE

- Virus del herpes tipo 2

3.2.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Cáncer de cuello uterino

3.2.3 VARIABLES INTERVINIENTES

- Edad
- Uso de MAC
- Número de embarazos
- Número de compañeros sexuales
- Tipos de Infección de Trasmisión Sexual.
- Antecedente de cáncer en familia
- Inicio de relaciones sexuales
- Antecedentes de ITS
- Sangrado post coital
- Tipo de relación coital

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino
- Mujeres con diagnóstico clínico de herpes tipo 2
- Mujeres que cumplan con los objetivos del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que tengan historia clínica incompleta
- Mujeres que no cumplan con los criterios de inclusión.

3.3 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	NATURALEZA	CLASIFICACIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
Virus del Herpes tipo 2	Es la infección de transmisión sexual causada por virus, se caracteriza por episodios repetidos que se desarrollan con una erupción de pequeñas ampollas, generalmente dolorosas, sobre los genitales.	Dependiente	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Flujo vaginal maloliente. 2. Vesículas herpéticas 	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
Cáncer de cuello uterino	Se origina cuando las células normales de la superficie del cuello uterino cambian y proliferan sin control, y forman una masa llamada tumor.	Independiente	Cuantitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si tiene cáncer 2. No tiene cáncer 	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica

Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Interviniente	Cuantitativa	Ordinal	1. Joven (23-33) 2. Adulta(34-43)	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
Número de gestaciones	Número de períodos que transcurren entre la implantación del Cigoto en el útero, hasta el momento del parto.	Interviniente	Cuantitativa	Nominal	1. 1-2 gestaciones 2. 2-4 gestaciones 3. Más de 5 gestaciones	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
Inicio de relaciones sexuales	Inicio de primera relación coital	Interviniente	Cuantitativa	Ordinal	1. Precoz (13-17) 2. Normal (18-22) 3. Tardía (23-26)	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
Uso de método anticonceptivo	Uso de métodos para prevenir un embarazo no deseado.	Interviniente	Cualitativa	Nominal	1. Protegida 2. No protegida	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
Número de parejas	Número de contactos sexuales.	Interviniente	Cuantitativa	Ordinal	1. 1-2 2. 3-4 3. 5-6	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
Antecedente de cáncer en familia	Historia familiar en cáncer.	Interviniente	Cualitativa	Nominal	1. Con riesgo 2. Sin riesgo	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica

Antecedente de ITS	Historia de algún evento de infección de transmisión sexual.	Interviniente	Cualitativo	Nominal	1. SI ,(conducta de riesgo) 2. NO, (tienen conducta de riesgo)	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
Tipo de ITS	Conjunto de infecciones que se pueden expresar clínicamente con distinta sintomatología, con diferentes agentes etiológicos y las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse por vía sexual, sin ser la única vía de transmisión.	Interviniente	Cualitativo	Nominal	1. VPH 2. VHS2 3. VIH/SIDA 4. Condilomatosis	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
Sangrado post coital	Es cualquier manchado o sangrado no relacionado con la menstruación que ocurre durante o después de la relación sexual	Interviniente	Cualitativo	Nominal	1. SI 2. NO	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
Tipo de relación coital	Es el conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual.	Interviniente	Cualitativo	Nominal	6) Vaginal 7) Oral, anal, vaginal 8) Anal, vaginal	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica

CAPITULO IV
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

4.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo no experimental, porque no se modificarán las variables, retrospectiva pues los datos se obtendrán en el pasado, transversal debido a que solo se medirá la variable por una sola vez en el tiempo.

4.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

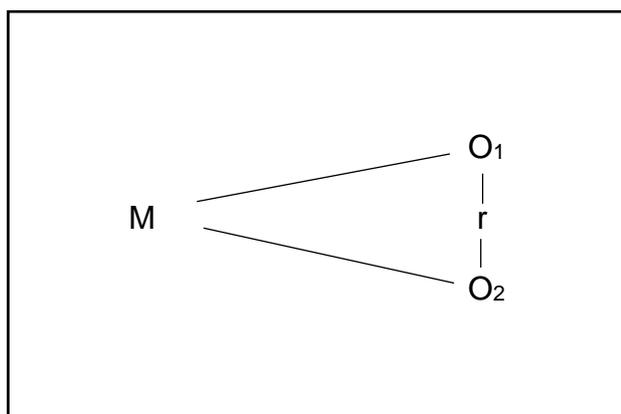
Descriptiva, solo describiremos la influencia del Virus del Herpes tipo 2 en cáncer de cuello uterino.

4.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

El método es el analítico observacional

Esquema:



Donde:

O₁ = Virus herpes simple tipo 2.

O₂ = Cáncer de cuello uterino.

M = muestra conformada por 21 pacientes con CaCu

4.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

De diseño correlacional porque pretende establecer si existe relación entre ellas.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.3.1. POBLACIÓN

La población, objeto de estudio, estuvo constituida por pacientes de sexo femenino que acudieron a los diferentes consultorios con diagnóstico de cáncer de cuello uterino y que cursan con herpes genital, siendo éstas un total de 21 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del presente estudio, en el Hospital Regional de Ica, en la provincia y distrito de Ica, periodo 2014- 2015.

4.3.2. MUESTRA

La muestra, objeto de estudio, estuvo constituida por el 100% de mi población; es decir 21 pacientes la que viene a ser mi Muestra Universal o Población Censal. Por ser una población pequeña no hará fórmula para calcular la muestra. Tomando los criterios de inclusión y exclusión.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 TÉCNICAS

Técnica usada fue la observación pues al encontrar los datos de los registros de los resultados de Papanicolau de los consultorios externos de Ginecología y estrategias de Cáncer, VIH-SIDA; además del servicio de hospitalización no se alteraron, solo hubo un análisis de los datos obtenidos.

4.4.2 INSTRUMENTOS

Se elaboró una ficha de recolección epidemiológica de datos o guía de observación donde se consignaron los datos que permitieron medir el comportamiento de los sujetos, motivo de la investigación. Además de una lista de chequeo para la presencia clínica del herpes en las mujeres estudiadas.

4.4.3 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se obtuvieron a través de la ficha epidemiológica al programa de SPSS versión 22 a fin de obtener los datos para el análisis de contrastación de hipótesis se utilizó: chi cuadrado de pearson para el presente estudio correlacional donde $p < 0.05$, margen de error del estudio de las variables estudiadas. Los resultados se analizaron con tablas y gráficos de frecuencias identificando las variables de estudio según los indicadores. Además para la validación del instrumento se hizo a través de jueces expertos (profesionales de la especialidad) que dieron validez al instrumento de recolección de información.

4.5 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se tomaran datos específicos de las Historias Clínicas para lo cual cada uno tendrá anonimato utilizando número de ficha epidemiológica como medio de identificación, (códigos) de fichas y se guardó la absoluta reserva, con el fin de resguardar y proteger la privacidad de los usuarios así como de los resultados encontrados. Además se solicitaron los permisos correspondientes para el presente proyecto.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

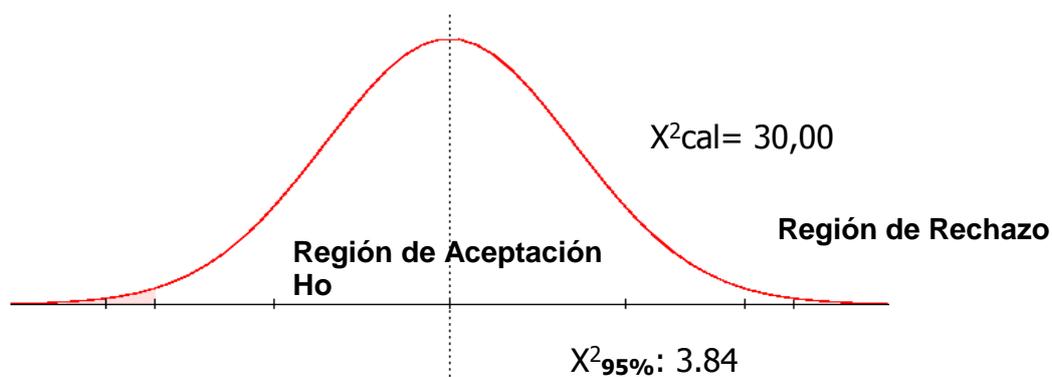
- **HIPÓTESIS NULA (H₀)**

No existe influencia entre el Virus del herpes Tipo 2, en mujeres con cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional de Ica 2014-2015.

- **HIPÓTESIS ALTERNA (H_a).**

Si existe una influencia entre el Virus del herpes tipo 2, en mujeres con cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional de Ica 2014-2015

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,001 ^a	1	,000
Corrección por continuidad ^b	27,667	1	0.007



N° 10: al análisis de $\chi^2=0.007 < 0.05$, lo que significa:

Toma de Decisión: Existe influencia entre el virus del Herpes Tipo2, con la Lesión Intraepitelial en mujeres con cáncer de cuello uterino en el hospital Regional de Ica 2014-2015, con un intervalo de confianza del 95%. La frecuencia mínima esperada es de +3.84. Inferior a 5. Como $\alpha < 0.05$, (significancia bilateral) rechazamos la hipótesis nula.

5.2 ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1

INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HRI 2014- 2015

SEGUN EDAD

EDAD GRUPO ETAREO DE MUJERES DISPLASIA	PACIENTES CON RIESGO DE VHS2				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
23-33 años	6	28.5	16	14.1	22	22.2
34-43 años	15	71.4	97	85.8	112	77.7
total	21	100	113	100	134	100

Tabla Nº 01, Se encontró que el grupo etareo de mayor riesgo de mujeres que cursan VHS2; se encuentra entre 34-43 años que presentaron lesiones intraepiteliales N= 15 (71.4 %) siendo la menor incidencia el grupo etario de 23 a 33 años N=2(28.5%). Dentro de la población que no presentaron VHS2 pero que tuvieron displasia (LIE) tuvimos 68.8%.

*La edad es un factor asociado a las displasias ya que la mujer en etapa adulta se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida a las infecciones del tracto urogenital, lo que lleva a la disminución de la defensa estrogénica del aparato genital.*⁴² revista cubana obstétrica, ginecológica

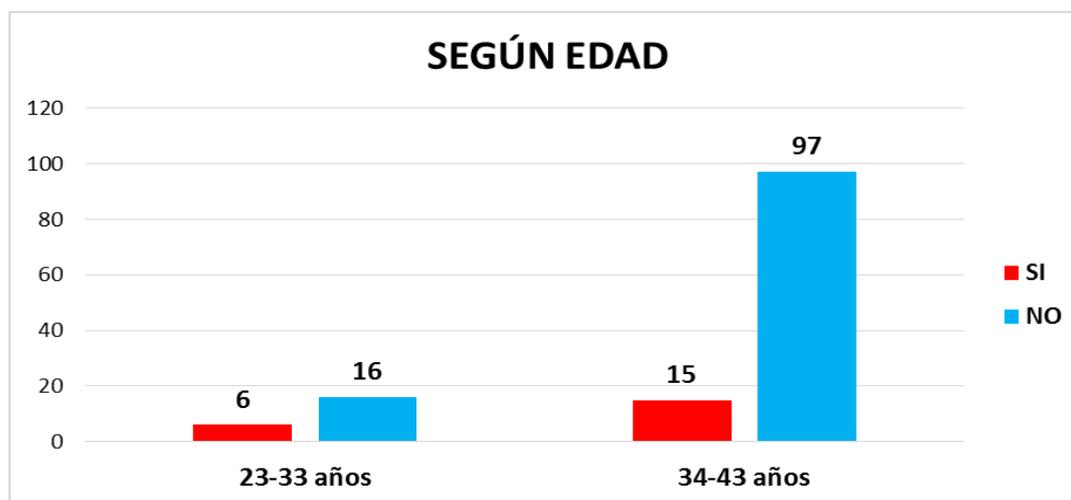


TABLA 2

**INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON
CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HRI 2014- 2015**

NÚMERO DE GESTACIONES

NÚMERO GESTACIONES EN MUJERES CON DISPLASIA	PACIENTES CON RIESGO DE VHS2				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
1-2 GESTACIONES	5	23.8	25	22.1	30	22.3
3-4 GESTACIONES	10	47.6	74	65.4	84	62.6
MAS DE 5 GESTACIONES	6	28.5	14	12.3	20	14.9
TOTAL	21	100	113	100	134	100.0

Tabla N° 02: En relación al número de gestaciones las pacientes con VHS2, la mayor incidencia se encuentra en mujeres de 3 a 4 gestaciones con 47.6%(n=10) están afectadas con este daño; al igual de displasia que son afectadas.

La mujer se inmunodeprime en cada embarazo, y puede influir la afectación inmunológica repetida en una infección más fácil con el virus, además de los efectos traumáticos que sobre el cuello puede producir cada parto. *42 revista cubana obstétrica, ginecológica*

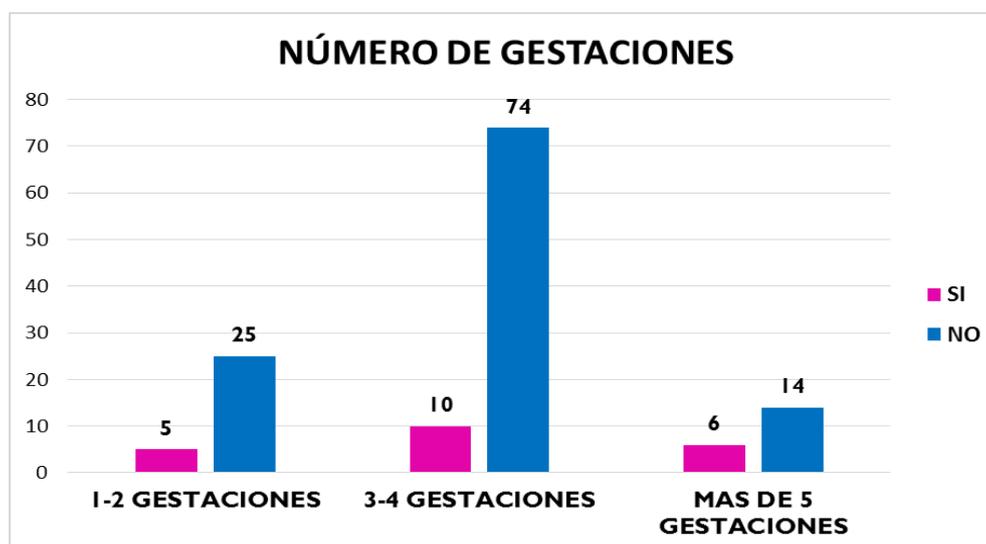


TABLA 3

**INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON
CÁNCER DE CUELLO UTERINO.HRI 2014- 2015**

TIPO DE RELACIÓN COITAL

TIPO DE RELACIÓN COITAL	PACIENTES CON RIESGO DE VHS2				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
VAGINAL	6	28.5	72	63.7	78	58.2
ORAL , ANAL, VAGINAL	4	19.0	6	5.3	10	7.4
ANAL, VAGINAL	11	52.3	35	30.9	46	34.3
TOTAL	21	100	113	100	134	100

Tabla N° 03: La incidencia entre el tipo de relación sexual en mujeres que cursan con VHS2, tenemos el 52.3%; tienen tipo de relación coital anal- vaginal; a diferencia de la población que no tiene VHS2 y que tienen un tipo de displasia el 63.7%; teniendo un tipo de relación coital solamente vaginal.

Los resultados coincide con otras investigaciones ya que la incidencia de cáncer se relaciona con tipo de relación anales donde tenemos el 30.9% donde esta área puede ser área de reservorio del virus.⁴³ rev cubana higiene epidemiológica obstétrica

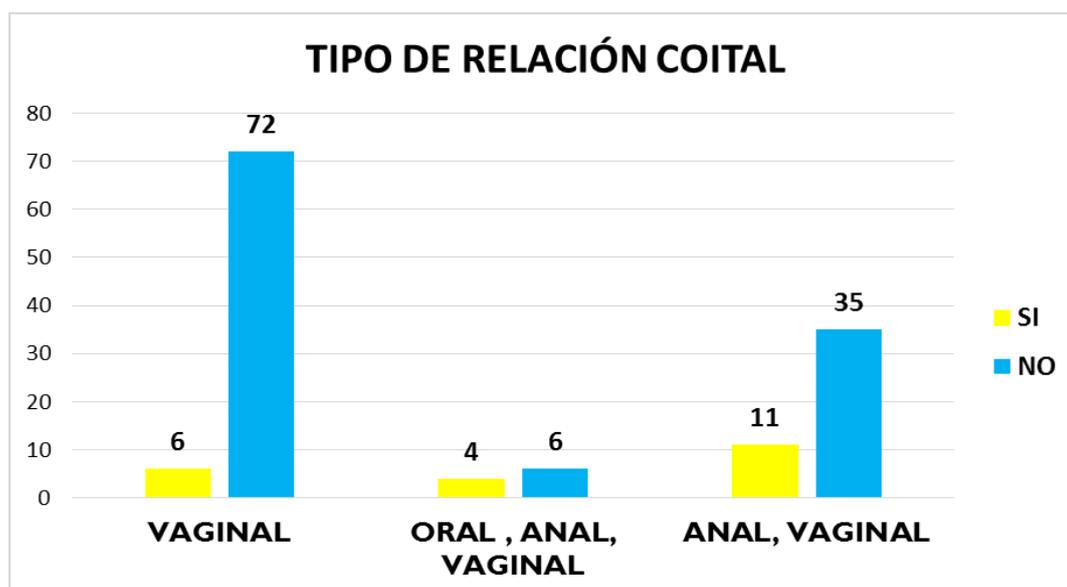


TABLA 4

**INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON
CÁNCER DE CUELLO UTERINO.HRI 2014- 2015**

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL HERPES

MANIFESTACIONES CLÍNICAS HERPES	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
MALESTAR GENERAL	15	15.0	6	12.7	21	14.2
DISMINUCIÓN DEL APETITO SEXUAL	11	11.0	10	21.2	21	14.2
FLUJO VAGINAL MAL OLIENTE	17	17.0	4	8.5	21	14.2
SANGRADO VAGINAL	10	10.0	11	23.4	21	14.2
ESCOZOR	18	18.0	3	6.3	21	14.2
PRESENCIA VESÍCULAS	21	21	0	0	21	14.2
FIEBRE	8	8	13	27.6	21	14.2
TOTAL	100	100	47	100	147	100.0

Tabla N° 04: Dentro de las manifestaciones clínicas del herpes genital las pacientes respondieron de acuerdo a lo siguiente: presencia de vesículas, escozor, flujo vaginal mal oliente, malestar general, disminución del apetito sexual, sangrado vaginal y por ultimo fiebre.

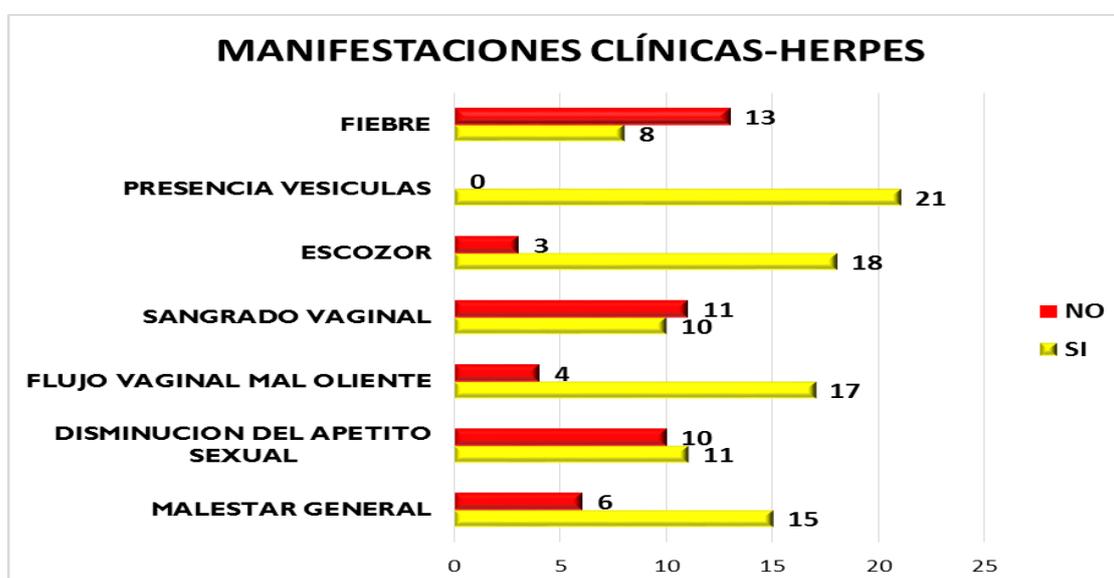


TABLA 5

**INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON
CÁNCER DE CUELLO UTERINO.HRI 2014- 2015**

PRIMERA RELACIÓN COITAL

PRIMERA RELACIÓN COITAL	N°	%
13-17 años	11	52.3
18-22 años	3	14.2
23-26 años	7	33.3
total	21	100

Tabla N°05: La mayor incidencia en el inicio de relación sexual en las mujeres que cursan HVS2 y Displasia son: 13-17 años con un 52.3% (N=11), y encontrando al grupo etario de menor riesgo aquellas comprendidas entre 18-22 (14.2%) años de edad de inicio de relaciones coitales. Coincide con estudios realizados donde el inicio de las relaciones coitales más severa se manifiesta la neoplasia del cérvix, presuntamente por la adquisición de ITS y el trauma sobre un epitelio inmaduro. ⁴² revista cubana obstétrica, ginecológica

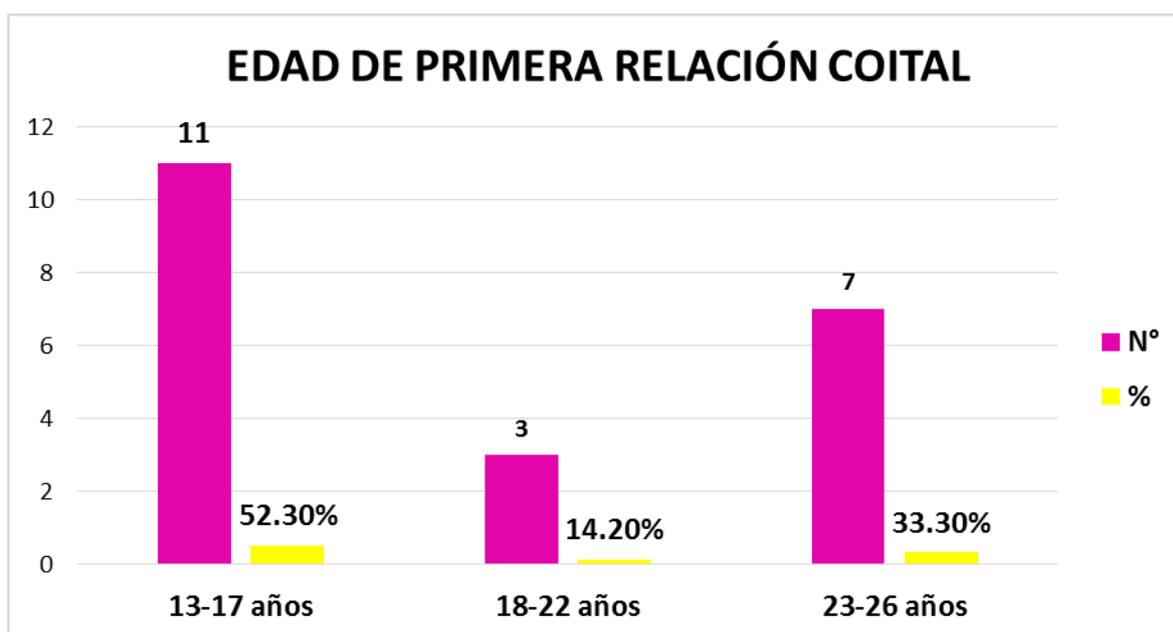


TABLA 6

**INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON
CÁNCER DE CUELLO UTERINO.HRI 2014- 2015**

NÚMERO DE PAREJAS

NÚMERO DE PAREJAS EN MUJERES CON DISPLASIA	PACIENTES CON RIESGO DE VHS2				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
1-2	7	33.3	11	9.7	18	13.4
3-5	13	61.9	85	75.2	98	73.1
Más de 6	1	4.7	17	15.0	18	13.4
TOTAL	21	100	113	100	134	100

Tabla 06: Los resultados que se muestran me permiten identificar el número de parejas sexuales de mujeres que cursan con cáncer displasia tenemos el 61.9% (N=13) de mujeres presentaron 3-5 parejas sexuales la misma población que presentó infección por VHS2.

El número de parejas sexuales se ha relacionado básicamente con la probabilidad de mayor exposición al cancer⁴⁵ revista colombiana obstétrica, ginecológica

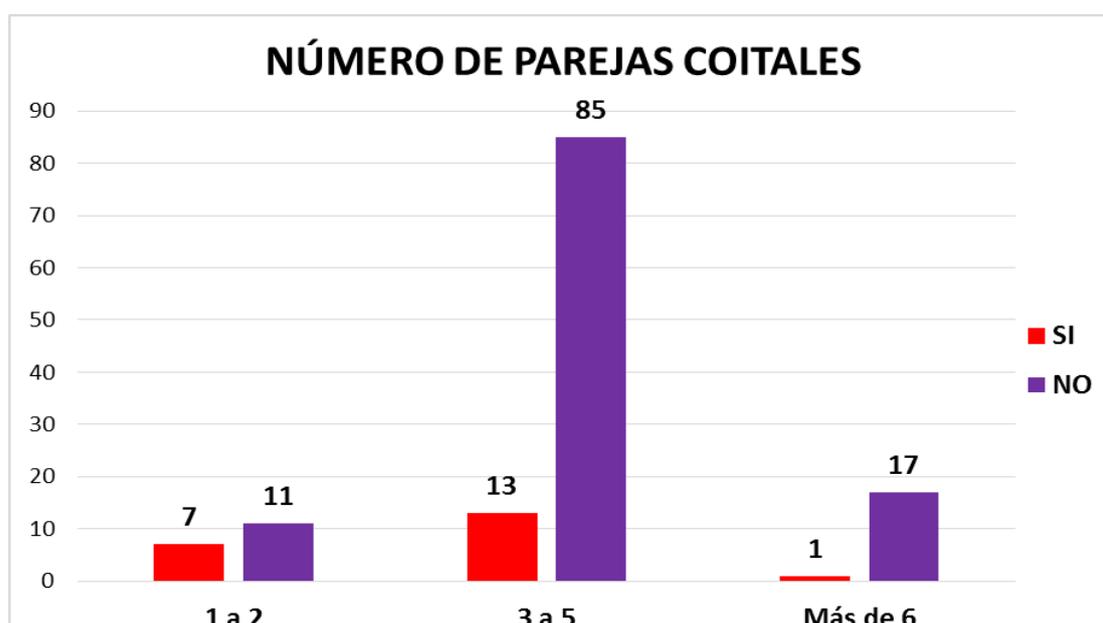


TABLA 7

**INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON
CÁNCER DE CUELLO UTERINO.HRI 2014- 2015**

TIPO DE ANTICONCEPTIVO

TIPO DE ANTICONCEPTIVO EN MUJERES CON DISPLASIA	PACIENTES CON RIESGO DE VHS2				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
ORAL	4	19.0	33	29.2	37	27.6
INYECTABLE TRIEMESTRAL	6	28.5	28	24.7	34	25.3
DIU	2	9.5	15	13.2	17	12.6
PRESERVATIVO MASCULINO	1	4.7	11	9.7	12	8.9
NATURAL-RITMO	3	14.2	4	3.5	7	5.2
NINGUN MAC	3	14.2	10	8.8	13	9.7
BTB	2	9.5	12	10.6	14	10.4
TOTAL	21	100	113	100	134	100.0

Tabla N°07 se encontró con mayor porcentaje con el 28.5% (N=6) mujeres que usaban MAC hormonales inyectable trimestral seguido del 19% (N=4); MAC oral combinado.

El uso de MAC combinado durante más de 5 años está relacionado de forma causal en el desarrollo de cáncer de cérvix a mujeres que no usaban ningún método ⁴⁴ Sociedad española

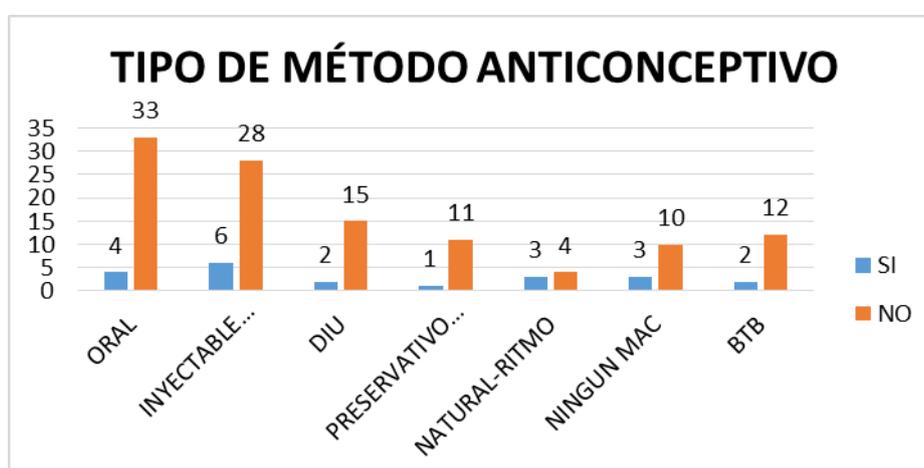


TABLA 8

INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO .HRI 2014- 2015.

HALLAZGOS

HALLAZGOS PAP EN MUJERES VHS2	N°	%
LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO	14	66.6%
LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO	6	28.5%
CÁNCER INVASOR	1	4.7%
total	21	100.0

Tabla 08: Se aprecia que la mayor incidencia de mujeres que estuvieron en la clasificación de LIEBG N=14 (66.6%) seguido de LIEAG N=6(28.5%), N=1(4.7%) estos son los resultados en mujeres que cursaron HSV2. Donde se concluyen que existe un alto riesgo de cáncer de cuello uterino en mujeres que tienen la infección de VHS2

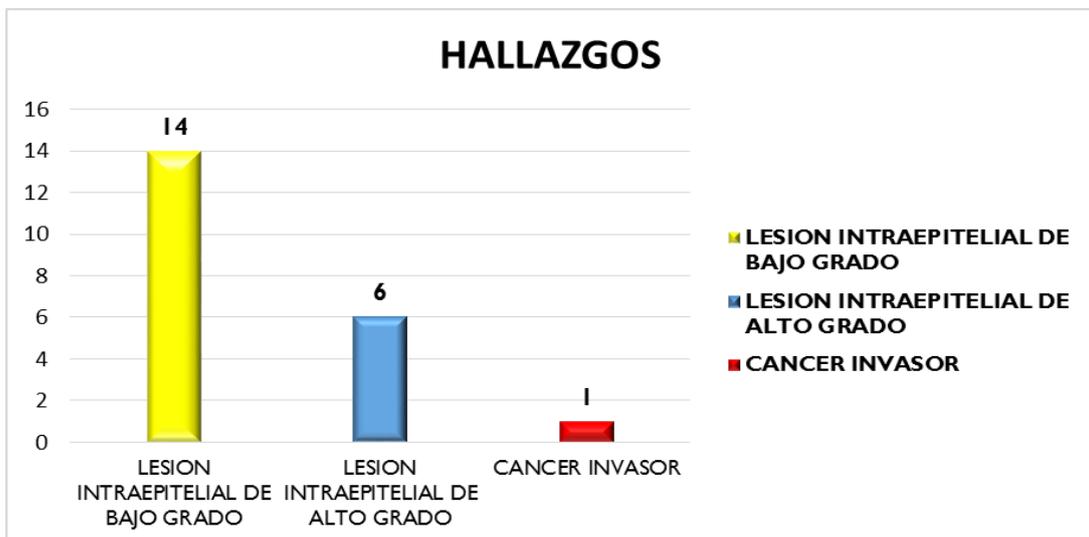


TABLA 9

**INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON
CÁNCER DE CUELLO UTERINO.HRI 2014- 2015**

MUJERES CON FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO CÁNCER	MUJERES CON VHS2				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
FUMAR	1	2.13	20	25	21	14.2
COMP.SEX.	7	14.89	14	17.5	21	14.2
ANTEC.CA EN FAMILIA	9	19.15	12	15	21	14.2
ABORTOS	7	14.89	14	17.5	21	14.2
ITS	17	36.17	4	5.06	21	14.2
USO DE MAC HORMONAL	6	12.77	15	18.75	21	14.2
TOTAL	47	100	79	100.0	126	100.0

Tabla 9: Se identifica que en los factores de riesgo de cáncer y pacientes que cursan con VHS2, se encuentra en ITS (36.0), antecedente de cáncer en familia (19.1%), abortos y compañeros sexuales (14.8%) y uso de Mac Hormonales (12.7%).

Resultados de estudio: indican como factores de riesgo tenemos: ITS, el uso de anticonceptivos orales, las relaciones sexuales anales, así como el hábito de fumar y antecedentes de compañeros sexuales.⁴³ rev cubana higiene epidemiológica obstétrica

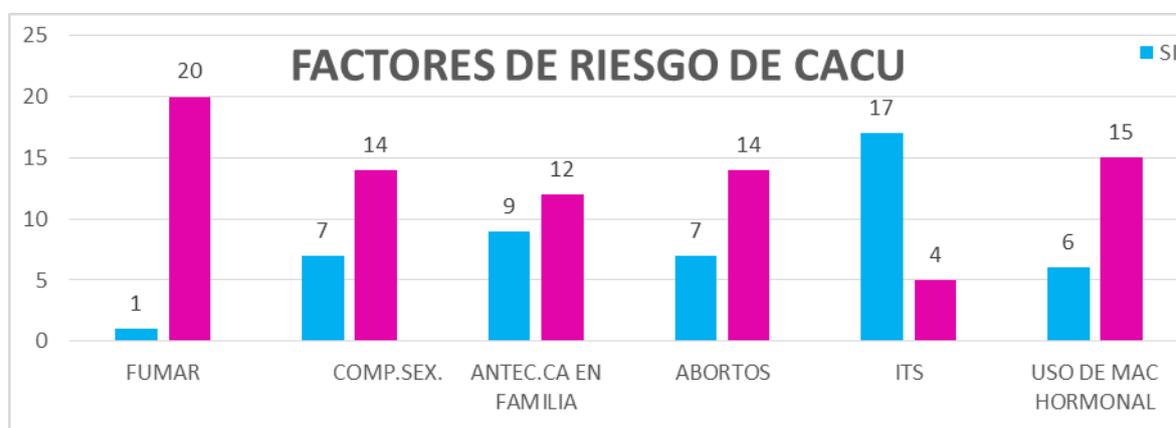


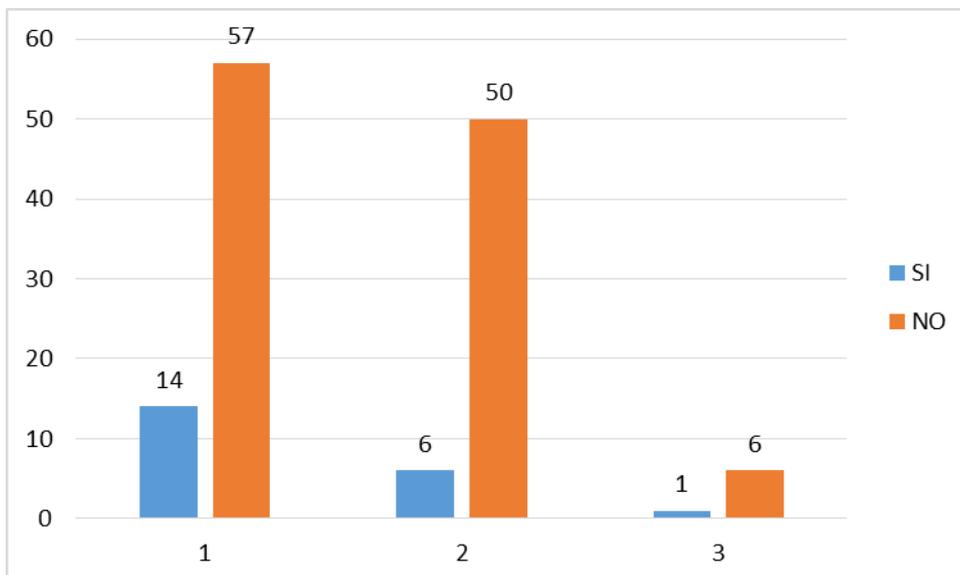
TABLA 10

**INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON
CÁNCER DE CUELLO UTERINO .HRI 2014- 2015**

LESIÓN INTREPITELIAL

LESIÓN INTRAEPITELIAL	MUJERES CON CANCER Y VHS2				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
LIE BAJO GRADO	14	66.6	57	50.4	71	52.9
LIE DE ALTO GRADO	6	28.5	50	44.2	56	41.7
CARCINOMA INSITU	1	4.7	6	5.3	7	5.2
TOTAL	21	100.0	113	100.0	134	100.0

Tabla 10: Se identifica que el 66.6% de mujeres fueron diagnosticadas con lesión intraepitelial de bajo grado y el 28.5% con lesión intraepitelial de alto grado y un carcinoma insitu 4.7%; que cursaron VHS2. Lo que se concluye que si existe relación cáncer con mujeres que cursan VHS2 y se relacionan con LIE BAJO 66.6% a diferencia LIE ALTO 28.5% y carcinoma 4.7%.



5.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Debido a la alta incidencia de cáncer de cuello uterino y el incremento progresivo de ITS, específicamente de VHS 2 y PVH en relación al cáncer de cuello uterino y de acuerdo a la evidencia epidemiológica desde hace varios años; el cáncer de cuello uterino se comporta como una ITS, por lo que sus factores de riesgo tienden a ser similares entre ellos; es por tal motivo que se formula el presente estudio para demostrar la influencia del VHS 2 en mujeres que cursan con cáncer de cuello uterino.; como se puede observar en la **tabla N° 10**: Se evidencia que el LIE de bajo grado tiene la mayor incidencia con N=14 (66.6%) las mujeres que cursan con HVS2 en el Hospital Regional en los periodos 2014 y 2015.

En la tabla N° 10: Encontramos LEIAG se relaciona con menor incidencia N=6 (28.5%) y N=1 (4.7%) para Cáncer invasor. Se concluye en el análisis de $\chi^2=0.007<0.05$, lo que significa que existe influencia significativa entre el virus del Herpes Tipo2, con la Lesión Intraepitelial en mujeres que cursan con cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional de Ica 2014-2015, con un intervalo de confianza del 95%. La frecuencia mínima esperada es de +3.84. Inferior a 5. Como $\alpha < 0.05$, (significancia bilateral) rechazamos la hipótesis nula.

Lo que no coincide con otras investigaciones de **Núñez J.** y colaboradores en su trabajo: “Virus del herpes simple tipo 2: influencia en el origen de las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en la que concluyó que no existe asociación entre el virus del herpes simple-2 y la neoplasia intraepitelial cervical¹⁸.”; también encontramos a **Lethinen**

M. y cols, en su trabajo: “El Virus Herpes simple y el riesgo de cáncer cervical” en la que afirma que el HSV-2 no desempeña un papel en la carcinogénesis cervical²²; también se tiene la afirmación de **Arnheim Dahistrôm L.** y colb., en su estudio: “Seroepidemiológico del virus del papiloma humano y otros factores de riesgo en el cáncer cervical”, concluyeron que el virus del herpes simple tipo 2 tuvo poca o ninguna asociación²⁷; asimismo tenemos a Farivar, en su estudio:

“Falta de asociación entre la infección del virus de herpes simple tipo 2 y cáncer”, en la cual no encontraron ninguna relación entre la presencia de DNA de HSV-2 y el cáncer cervical²⁶; a Carrero y colb. En su trabajo “Relación entre virus herpes

simple tipo 2 y las lesiones pre invasivas del cuello uterino”, en la que concluyeron que el VHS no es capaz por sí solo de causar lesión y en conjunción con ITS podría cumplir un papel en el desarrollo de la lesión.⁷

Finalmente, se considera a esta investigación como un aporte que permitirá contribuir a futuras investigaciones sobre este tema ya que existen otros estudios en los que afirman que el VHS 2 tiene influencia en Cáncer de cuello uterino, así tenemos a **Milian y colb.**²¹, **Conde-González y colb.**²⁰, **Gushin y colb.**²⁹, **Miyasato y colb.**³², **Smith y colb.**²³, **Shahen sazzaden y colb.**²⁴; cuyos resultados coincide con nuestros resultados encontrados. Hay que señalar que la muestra estudiada la mayoría de pacientes son de la estrategia de VIH e ITS un gran porcentaje tienen enfermedad como Vaginosis Bacteriana, Condilomatosis y VIH lo que se concluye que las ITS es factor importante para contraer Cáncer de Cuello uterino.

Dentro de los factores epidemiológicos tenemos la edad en nuestro estudio **Tabla 01**; se encontró que el grupo etario de mayor riesgo de mujeres que cursan VHS2; se encuentra entre 34-43 años que presentaron lesiones intraepiteliales N= 15 (71.4 %). *La edad es un factor asociado a las displasias ya que la mujer en etapa adulta se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida a las infecciones del tracto urogenital, lo que lleva a la disminución de la defensa estrogénica del aparato genital.*⁴² Coincidiendo con el estudio de Dr. Valentin Martínez Camilo y Dra. Beatriz Torrientes Hernández en donde afirman que la edad es un factor asociado a displasia.

Tabla 2: En relación al número de gestaciones las pacientes con VHS2, encontramos mujeres de 3 a 4 gestaciones con 47.6%(n=10) están afectadas con cáncer de cuello uterino. Coincidiendo con el estudio realizado por Dr. Valentin Martínez Camilo y Dra. Beatriz Torrientes Hernández⁴², el cual concluyeron que: La mujer se inmunodeprime en cada embarazo, y puede influir la afectación inmunológica repetida en una infección más fácil con el virus, además de los efectos traumáticos que sobre el cuello puede producir cada parto.

Otro factor epidemiológico es el tipo de relación sexual **tabla 3:** en mujeres que cursan con VHS2, tenemos el 52.3%; tienen tipo de relación coital anal- vaginal donde se encuentra mayor riesgo de ITS-VIH así como cáncer de cuello uterino.

Coincidiendo con el estudio realizado por el Dr. Armando Rodríguez Salvá,- Dr. Ángel A. Echavarría Aguilera y colb.⁴³ .El cual concluyó que el aumento de incidencia de cáncer se relaciona con el tipo de relación anal.

Tabla 5: La mayor incidencia en el inicio de relación sexual en las mujeres que cursan HVS2 y Displasia son: 13-17 años con un 52.3% (N=11), coincidiendo con el estudio realizado por Valentin Martínez Camilo y Dra. Beatriz Torrientes Hernández⁴², en el que concluyo que la edad del inicio de las relaciones coitales influye en la neoplasia del cérvix, presuntamente por la adquisición de ITS y el trauma sobre un epitelio inmaduro

Tabla 6: Los resultados muestran que el número de parejas sexuales de mujeres que cursan con LIE (DISPLASIAS) es de 61.9% (N=13) de mujeres presentaron 3-5 parejas sexuales. Coincidiendo con el estudio realizado por Ricardo Ortiz Serrano y colb⁴⁵, donde concluyo que el número de parejas sexuales se ha relacionado básicamente con la probabilidad de mayor exposición al cáncer

TABLA 9: Encontramos que dentro de los factores de riesgo encontramos tener ITS con 36% seguido antecedente de cáncer de cuello uterino 19%, numero de compañeros sexuales y abortos con 14.8% y algo que hay que resaltar que el uso de MAC hormonales mayor de 2 años de uso 12,7%. Coincidiendo con el estudio realizado por el Dr. Armando Rodríguez Salvá y colb⁴³, en el que indican como factores de riesgo de cáncer de cuello uterino tenemos: ITS, el uso de anticonceptivos orales, las relaciones sexuales anales, así como el hábito de fumar y antecedentes de compañeros sexuales

5.4 CONCLUSIONES

- La prevalencia de cáncer de cuello uterino para las usuarias del Hospital Regional que tuvieron casos de displasias y HVS2 fue 7.2%. de las mujeres atendidas en las diferentes estrategias.
- Se evidencia que el LIE de bajo grado tiene la mayor incidencia con N=14 (66.6%) las mujeres que cursan con HVS2 en el Hospital Regional en los periodos 2014 y 2015.
- Encontramos LEIAG se relaciona con menor incidencia N=6 (33.3%)
- Encontramos para cáncer Invasivo N=1 (4.7%).
- Encontramos que dentro de factores epidemiológicos tenemos la edad 34-43 años (71.4) de mujeres que cursan con HVS2 y casos de cáncer de cuello uterino. Número de compañeros sexuales y aborto 14.8%, antecedentes de ITS (36%), antecedente de cáncer 19,1%, uso de MAC hormonales orales con uso mayor de 2 años.

5.5 RECOMENDACIONES

- Se recomienda mayor información y concientización a las mujeres sobre la importancia de las medidas de prevención de cáncer de cuello uterino sobre todo en mujeres con factores epidemiológicos y riesgo para cáncer de cuello uterino y a las mujeres adolescentes que aún no han iniciado su vida sexual.
- Brindar mayor información sobre las ITS sobre todo en población de riesgo, población normal y colegios ya que el aumento de ITS se relaciona con VIH, PVH y CÁNCER de ahí la importancia de medidas preventivas como uso del condón, retardar el inicio de las relaciones sexuales y tener una sola pareja algo imposible pero la sensibilización y responsabilidad es importante para poder controlar esta enfermedad.
- Identificar precozmente el tipo de infección HVS2 y el riesgo de adquirir cáncer de cuello uterino para tomar medidas preventivas.
- Orientar a las mujeres diagnosticadas con displasias en cualquiera de sus clasificaciones sobre la importancia de continuar con el tratamiento para controlar y detener el avance o complicación de la enfermedad.
- Trabajar actividades preventivas promocionales con población joven en temas de VIH –ITS y cáncer de cuello uterino, enfocando en los factores de riesgo.

5.6 FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Demetrio Cáceres. *Cáncer de cuello uterino: qué indican las estadísticas clave sobre cáncer de cérvix uterino*. American center society. España: 2014
2. Hernández Cortina A., *Infección por Herpes simple genital* Revisión Global, Revista Habanera de Ciencias médicas, Oct.-Dic. 2008, Vol. 7 N° 4, La Habana Cuba.
3. Ramos W., Venegas D., *Análisis de la situación del cáncer en el Lima*. Ministerio de Salud- Dirección general de epidemiología. Perú: 2008
4. Bautista R. *Infección por Herpes Genial* [sede web] La Paz: blogspot.com; 2009 Disponible en: <http://herpesgenitalpesta3a.blogspot.com/2012/10/estadisticas-herpes-genital.html>
5. Nota descriptiva-OMS. *Infección transmisión sexual*. Noviembre 2013; N° (110).
6. Benson R., ed en Manual de ginecología y obstetricia: *enfermedades del cuello uterino*. 13ma edición. México. El manual moderno. 2005. p. 511.
7. Carrero Y., Callejas D., Estévez J., et al. *Relación entre el herpes simple tipo 2 y las lesiones preinvasivas del cuello uterino*. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública 23 (4). 2009. Maracaibo- Venezuela. P. 253-257.
8. Santorini Hp, Manuel S. eds. *Herpes genital- enfermedades infecciosas- enfermedades de transmisión sexual*. Rev. Cubana (2008) p.1-2.
9. Resino S., *Epidemiología molecular de enfermedades infecciosas: herpes virus*. Rev. Ginecológica; Colombia c 2014 p. 1-3,7-17.
10. Hernández J., *Infección de Herpes genital.*; Rev. Madrid [2008] p.37-38.
11. Ventura MJ, Lopez J. eds. *Cáncer de Cuello uterino- Guía detallada*-American cáncer society; 2014. p. 65.
12. Ramos W., Venegas D. *Análisis de la situación del cáncer en el Perú*. 1ra ed. Lima Perú: Ask HA EIRL; 2013.
13. Vivar N. *Sistema bethesda: citología cervicovaginal*. MD, Path Info net- .2008; boletín N° 1: Quito Ecuador.

14. Arriaza M. *Guía práctica de análisis de datos*. Colombia 2007.
15. Antonio KJ, *Las píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer*- GeoSalud Instituto Nacional del cáncer de los EEUU.2009 Disponible en: <http://www.cancer.gov/>
16. Santos-Ortiz C., *Virus del Papiloma Humano y cáncer de cuello uterino en el Perú*, Revista Peruana de Ginecología-Obstetricia, 2009, Vol. 53, N° 2, p. 98-100.
17. Martin JM, Villalón G., Jordá E., Actualización en el tratamiento del Herpes genital: actas dermosifiliogr. 2009, Vol. 100, N° 1 Valencia- España.
18. Nuñez Troconis J., Carrero Y., Gotera J., et. Al. *Virus del Herpes simple tipo 2: influencia de las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino*. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 2006, Vol. 66 N° 3, Caracas-Venezuela.
19. Vasquez A., Gonzales J., De la Cruz F., et. Al. *Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino*. Rev. Cubana de Obstetric. Ginecol. 2008, Vol. 34, N° 2- La Habana- Cuba.
20. Conde-Gonzales C., Lazcano-Ponce E., Hernández-Girón C., et.al. *Seroprevalencia de la infección por el Virus Herpes simple tipo 2 en tres grupos poblacionales de la ciudad de Mexico*, Rev. Salud Pública de México, 2007, Vol. 45 Supl. 5, Cuernavaca-México.
21. Milián F., Fernández J., Rodriguez R., y Rodriguez T., *Estudio de algunos factores epidemiológicos en pacientes con citologías anormales*. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2009, Vol.25, N° 3, La Habana- Cuba.
22. Lehtinen M., Koskela P., Jellum E., et. al. *Virus del herpes simple y el riesgo de cáncer de cuello uterino: un estudio de casos y controles anidado en los países nórdicos*, [Herpes simple virus and risk of cervical cancer: a longitudinal, nested case-control study in the nordic countries]; Rev. U.S. National Library of medicine national institutes of health, 2002, Vol. 156, N° 8, Tampere Finland U.S.A.
23. Smith JS., Herrero R., Bosetti C., Muñoz N.,et.al. *El virus herpes simple 2 como un cofactor de virus del papiloma humano en la etiología del cáncer cervical invasor*, [Herpes simples virus 2as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer]; Rev. Journal of the National cáncer institute, 2002 Vol. 94 N° 21- Francia.

24. Shanehsazzadeh M., Sharifi-Rad J., Behbahani M., Pourazar A., *Análisis del virus del Papiloma humano y virus del Herpes simple 2 de los pacientes con cáncer de cuello uterino en Isfahan- Iran.*
25. Zhao Y., Cao X., Zheng Y., Tang J., et. al. Relación entre la enfermedad cervical y la infección por papiloma virus humano tipo 16 y 18 y virus del herpes simple 1 y 2. [Relationship between cervical disease and infection with human papillomavirus types 16 and 18 and herpes simplex virus 1 and 2], Rev Journal of medical virology, 2012, Vol. 84, N° 12. China.
26. Farivar TN., Johari P., Shafei S., Najafipour R., Falta de asociación entre la infección del virus de herpes simplex tipo 2 y cáncer cervical- resultados de ensayo de Taq hombre en tiempo real PCR, [Lack of association between herpes simplex virus type 2 infection and cervical cáncer- Taq Man realtime PCR assay findings]; Rev. U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health- 2012 Vol. 13 N°1. Iran.
27. Arnheim-Dahiström L., Andersson K., Luostarinen T., Thoresen S., et. al. *Estudio seroepidemiológico prospectivo de papilomavirus humano y otros factores de riesgo en el cáncer cervical*, [prospective seroepidemiologic study of human papillomavirus and other risk factors in cervical cáncer]; Rev. American Association for cáncer research, 2011, Vol 20 N° 12, Estocolmo- Suecia.
28. Salcedo M de M, Silveira GP., Zettler CG., *Expresión inmunohistoquímico de p 16 y el virus del herpes simplex tipo 2 en lesiones escamosas intraepiteliales y cáncer cervical*, [inmunohistochemical expression of p 16 and herpes simplex virus type 2 in squamous intraepithelial lesions and cervical cáncer], Rev. U.S. National Library of medicine national institutes of health, 2008, Vol 30, N°2, Brasil.
29. Gushchin BV., Posevaia TA., Gushchina EA., Vanaq KA., Grigor´ev VV., *Descubrimiento del virus de simplex de herpes por estudio de microscopio electrónico de la biopsia de un paciente de cáncer de cuello uterino*, [Finding of the herpes simplex virus by electron microscopic study of the biopsy from a cervical cáncer patient], U.S. National Library of medicine national institutes of health. 1983., Vol. 3, Rusia.
30. Ramos W., Venegas D., *Análisis de la situación del cáncer en el Perú*, 2013, Primera edición, Lima-Perú, Directos General de Epidemiología- 2013.

31. Hernandez A., *Infección por Herpes Simple Genital*. Revisión Global. Revista Habanera DE Ciencias Médicas, 2008, Vol. 7 N° 4, La Habana- Cuba.
32. Miyasato C., Jara M., *Estudio serológico de HV 2 e inmunocitoquímico de HPV 2 y HPV en displasia y neoplasia*. Revista cuerpo médico. 2008 Vol. 18 (2). Perú.
33. Sánchez J., Lama JR., Peinado J., et. al. *El VIH y las estimaciones de ITS entre los hombres que tienen sexo con hombres en el Perú: en espera de una intervención preventiva eficaz*; [High HIV and ulcertive sexually transmitted infection incidenceestimates among men who have sex with men in Peru: awaiting for an affective preventive intervention]; Investigaciones médicas en Salud, 2009 Mayo, Vol. 51, Perú.
34. Cabada MM., Maldonado F., Bauer I., et. al. *Comportamiento sexual, conocimiento de prevención de ITS y la prevalenciade marcadores séricos de ITS entre tour guía en Cusco/Perú*, Travel Med., 2007, Vol 14 N°3, Perú.
35. Cravioto, Garcia. *Guía del cáncer de cuello uterino: qué es el cáncer*; American Cancer Society; 2014.
36. Velasquez C., *Cáncer de cérvix*; Sociedad Española de Oncología Médica, 2013- marzo; p 3-12.
37. Albuja P., *Actualización de la terminología del sistema de Bethesda para informe de resultados de citología cervical*; Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos; Ginecología Obstetricia; 2002, Vol 48 N° 2. Perú.
38. Caceres C., Mendoza W., Konda K., Lescano A., *Nuevas evidencias para las políticas y programas de salud en VIH/SIDA en infecciones de transmisión sexual en el Perú*; 2007.
39. Puig-Tintoré L., Cortes J., Castellsague X., et.al *Progresos de Obstetricia y Ginecología: prevención del cáncer de cuello uterino ante la vacunación frente al virus del papiloma humano*; Rev. Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. 2008; Vol 49; N° 11. Barcelona- España.
40. Martinez J., *Diagnóstico microbiológico de infecciones de transmisión sexual Parte II- ITS virales*. Revista Chilena de infectología; 2010, Vol 27 N° 1, Santiago- Chile.

41. Garcia kj. *Conocimientos adquiridos durante el año de internado sobre prevención secundaria del cáncer de cuello uterino en estudiantes universitarios de la escuela JJ Bellido Martínez – Perú; 2015*
42. Dr. Valentin Martínez Camilo y Dra. Beatriz Torrientes Hernández.; *Neoplasia cervical en la mujer climatérica* .Revista Cubana Obstet Ginecol Vol 2006, pag 2
43. Dr. Armando Rodríguez Salvá,- Dr. Ángel A. Echavarría Aguilera,- Dr. Pedro Murlá Alonso³ y Dr. Carlos Vázquez González. *Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio cerro*. Revista Cubana Hig Epidemiol 1999; pag 5
44. Paloma Lobo Abascal. *Anticoncepción hormonal y riesgos de cáncer de mama, ovario, endometrio, cérvix y otros*. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. sf
45. Ricardo Ortiz Serrano, M.D.** , Claudia Janeth Uribe Pérez, M.D.** , Luis Alfonso Díaz Martínez, M.D.** , Yuriko Rafael Dangond Romero, OD,. *Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino*, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 55 No.2 • 2004
- 46.- Sáenz Galarza, Mariuxi M “*Factores de riesgo socio – culturales de infecciones de transmisión sexual (ITS), en los alumnos del bachillerato matutino del Colegio República del Perú, Machala, período enero – junio 2013*”.
- 47.- M. José Martínez G. *Diagnóstico microbiológico de infecciones de transmisión Sexual*. Parte II. ITS virales- Chile.2010
- 48.- Novak ER. *Tratado de Ginecología. Lesiones del cérvix*. México DF. Interamericana SA. 1997.569-80

ANEXOS

- Matriz de Consistencia
- Modelo de Ficha epidemiológica
- Ficha de Cotejo.
- Ficha de Validación.
- Solicitud
- Validación por Jurado Experto
- Instrumentos de Recolección de Datos

Matriz de consistencia

“INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES SIMPLE TIPO 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2014- 2015”

TIPO DE INVESTIGACIÓN: No Experimental, Retrospectiva, Transversal

NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptiva

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Observación, Análisis De Datos

DISEÑO: CORRELACIONAL

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cómo influye el Virus del Herpes Simple Tipo 2 en mujeres que cursan Cáncer de Cuello Uterino en el Hospital Regional de Ica en el año 2014-2015?	Determinar si influye el Virus del Herpes simple tipo 2 en mujeres que cursan cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional de Ica 2014-2015	<p>Determinar la influencia del virus herpes simple Tipo 2 en mujeres que cursan con lesión intraepitelial de bajo grado en el Hospital Regional de Ica en el año 2014-2015?</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la influencia del virus herpes simple Tipo 2 en mujeres que cursan con lesión intraepitelial de alto grado en el Hospital Regional de Ica en el año 2014-2015? Determinar la relación que existe entre las mujeres que presentaron sintomatología 	<p>HIPOTESIS NULA (HO)</p> <p>No existe influencia entre el Virus del herpes Tipo 2, en mujeres con cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional de Ica 2014- 2015.</p> <p>HIPOTESIS ALTERNA (Ha).</p> <p>Si existe una influencia entre el Virus del herpes tipo 2, en mujeres con cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional de Ica 2014-2015?</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Virus del herpes tipo 2</p> <p>Variable Independiente</p> <p>Cáncer de cuello uterino</p> <p>Variable Interviniente</p> <p>4. Edad</p> <p>5. Uso de MAC</p>	<p>1. Flujo vaginal maloliente</p> <p>2. Vesículas herpéticas</p> <p>1. Lesiones en cuello uterino.</p> <p>2. Lesiones vaginales</p> <p>1. 23-33 años</p> <p>2. 34-43 años</p> <p>1. Protegida</p> <p>2. No protegida</p>	<p>Ficha</p> <p>Recolección de datos.</p> <p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Ficha de</p>	<p>Historia Clínica</p> <p>Historia clínica</p> <p>Historia</p>

		<p>clínica para herpes simple tipo 2 y el riesgo de hacer cáncer del cuello uterino en el Hospital Regional de Ica en el año 2014-2015?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los factores epidemiológicos para hacer cáncer de cuello uterino y herpes simple tipo 2 en el Regional de Ica en el año 2014-2015? • Determinar la prevalencia de Cáncer de cuello uterino y Virus del Herpes tipo 2 en el Hospital Regional de Ica durante el año 2014-2015? 		<p>6. Numero de compañeros sexuales</p> <p>7. Riesgo de VHS-2</p> <p>8. Tipo de ITS</p> <p>9. Tipo de relación sexual</p> <p>10. Antecedente de cáncer de cuello uterino</p>	<p>1. 1-2 pjas.</p> <p>2. 3-5 pjas</p> <p>3. Más de 6 pjas</p> <p>1.si</p> <p>2. no</p> <p>1. VPH</p> <p>2. VHS2</p> <p>3. VIH/SIDA</p> <p>4. CONDILOMATOSIS</p> <p>1. Vaginal</p> <p>2. Oral, anal ,vaginal</p> <p>3. Anal, vaginal</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p>	<p>recolección de datos</p> <p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>clínica</p> <p>Historia clínica</p> <p>Historia clínica</p>
--	--	---	--	--	--	---	--

				11. Inicio de relaciones sexuales	1. 13-17 años 2. 18-22 años 3. 23-26 años		
				12. Sangrado post coital	1. Si 2. No		
				13. Manifestaciones clínicas	1. Si 2. No		
				14. Lesión intraepitelial bajo grado	1. Si 2. No		
				15. Lesión intraepitelial alto grado	1. Si 2. no		
				16. Cáncer de cuello uterino.	1. SI 2. NO		

**“INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES SIMPLE TIPO 2 EN RELACIÓN A MUJERES
CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2014-
2015”**

FICHA EPIDEMIOLÓGICA

- 1.-Ficha N°
- 2.-Edad.....
- 3.-Gestaciones: 1.- 1-2 gest. 2.- 3-4 gest. 3.- más de 5 gest.
- 4.-Partos.....Abortos.....
- 5.-Edad de Inicio de relaciones sexuales.....
- 6.-Número de compañeros sexuales.....
- 7.-Tipo de relación sexual
 - 1.-vaginal 2.-oral, anal, vaginal 3.-anal, vaginal
- 8.- Uso de MAC anticonceptivos. Cual:Tiempo de Uso.....
- 9.-Antecedentes de Cáncer familiar:Cual:.....
- 10: Has tenido alguna enfermedad de Trasmisión sexual: 1.-SI 2. NO
11. Tipo de ITS
 1. Condilomatosis 2.-VIH/SIDA 3.VPH 4.-VHS-2 5.-más de 2 its
- 12.-Tuvo tratamiento: 1. SI 2. NO
- 13.-Diagnostico de Cáncer de Cuello Uterino: 1. SI 2. NO
- 14.- Resultado: 1.- LIE de bajo grado 2.- LIE de alto grado
- 3.- Cáncer invasor
- 15.- Diagnóstico Clínico de VHS-2. : 1.- Presencia de vesículas 2.-
Malestar general 3.- más de 2 síntomas.
- 16.-Resultado de último PAP-----

**“INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES SIMPLE TIPO 2 EN RELACIÓN A MUJERES
CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2014-
2015”**

FICHA DE COTEJO

Numero de ficha.....

Historia clínica-----

Coloque en la barra de la derecha si (tienen signos subjetivos de la enfermedad)

Tiene molestias clínicas	SI	NO
Se observa flujo vaginal		
Presencia de vesículas		
Fiebre		
Malestar General		
Disminución del apetito sexual		
Antecedentes familiares de cáncer		
Uso de MAC Hormonales.		
Presencia de otras ITS		
Tiene hábito de fumar		
Presencia de Lesiones en el cuello cervical		
Número de compañeros sexuales		

Antecedente de PAP en el último año		
Despistaje de IVA en la consulta		
Resultado sospechoso de PAP		
Dolor de piernas		
Escozor		
Síntomas de gripe		
Sagrado vaginal post coital		

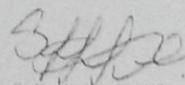
SOLICITUD: RECOLECCION DE DATOS

Director: Dr. José Alfredo Hernández Anchante
HOSPITAL REGIONAL DE ICA

Yo, Anel Maria Cárdenas Navarrete; que habiendo, culminado mi internado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, que Ud. Dignamente dirige, solicito permiso para realizar la recolección de datos para el proyecto de Tesis titulado "Influencia del virus Herpes Simple en relación a mujeres con cáncer de cuello uterino. Hospital Regional de Ica 2014- 2015", para que se me den las facilidades al archivo de estadística para poder recolectar los datos de la misma.

Sin otro particular es propicia la ocasión para manifestarle mi estima personal.

Ica, 20 de Octubre del 2015.



Anel Maria Cárdenas Navarrete

DNI: 70549419

MATRIZ DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

“INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2014 – 2015”

OBJETIVO: Determinar la influencia del Virus del Herpes simple tipo 2 en mujeres que tienen cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro 2014-2015

DIRIGIDO A: Profesionales de la salud

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: Sanchez Ruiz Nancy Delicia

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR: Magister en Salud Pública.

VALORACION: 100

SIEMPRE	A VECES	NUNCA
---------	---------	-------

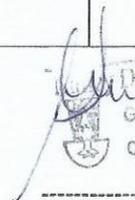

Nancy Delicia Sanchez Ruiz
GINECO - OBSTETRA
CMP. 37194 RNE: 26766

Firma del evaluado

MATRIZ N° 4

«INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2014 _ 2015»

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	OPCION DE RESPUESTA			CRITERIOS DE EVALUACION								OBSERVACION Y/O RECOMENDACIONES
				SIEMPRE	AVECES	NUNCA	RELACION ENTRE VARIABLE Y LA DIMENSION		RELACION ENTRE LA DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE RESPUESTA		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
VIRUS DEL HERPES TIPO 2 (VD)	INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2	-ULCERAS GENITALES -FLUJO VAGINAL MALOLIENTE -VESÍCULAS HERPÉTICAS	P=número de casos clínicos/Población x100				x		x		x		x		
	NO INFLUYE EL VIRUS HERPES TIPO 2	-ULCERAS GENITALES - FLUJO VAGINAL MALOLIENTE -VESÍCULAS HERPÉTICAS	P= Ningún caso/población x100.				x		x		x		x		
CANCER DE CUELLO UTERINO (VI)	EN PACIENTES QUE HAYAN TENIDO HERPES TIPO 2	SI TIENE CÁNCER NO TIENE CÁNCER	P=NUMERO DE CASOS/POBLACIONX 100				x		x		x		x		


 Delicia Sanchez Ruiz
 GINECO - OBSTETRA
 CMP. 37194 RNE: 25786

FIRMA DEL EVALUADOR

MATRIZ DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

“INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2014 – 2015”

OBJETIVO: Determinar la influencia del Virus del Herpes simple tipo 2 en mujeres que tienen cáncer de cuello uterino en el Hospital santa María del Socorro 2014-2015

DIRIGIDO A: Profesionales de la salud

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: JESUS CASTILLO KUNASABQUECHO

GRADO ACADEMICO DEL EVALUADOR: MAESTRIA MEDICINA HUMANA

VALORACION:

SIEMPRE	A VECES	NUNCA
---------	---------	-------


Dr. Jesus Castillo H.
GINECOLOGO OBSTETRA
C.M.P. 33130 MNE 21222

Firma del evaluado

MATRIZ N° 4

“INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2014 _ 2015”

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	OPCION DE RESPUESTA			CRITERIOS DE EVALUACION								OBSERVACION Y/O RECOMENDACIONES
				SIEMPRE	AVECES	NUNCA	RELACION ENTRE VARIABLE Y LA DIMENSION		RELACION ENTRE LA DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE RESPUESTA		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
VIRUS DEL HERPES TIPO 2 (VD)	INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2	-ULCERAS GENITALES -FLUJO VAGINAL MALOLIENTE -VESÍCULAS HERPÉTICAS	P=número de casos clínicos/Población x100				x		x		x		x		
	NO INFLUYE EL VIRUS HERPES TIPO 2	-ULCERAS GENITALES - FLUJO VAGINAL MALOLIENTE -VESÍCULAS HERPÉTICAS	P= Ningún caso/población x100.				x		x		x		x		
CANCER DE CUELLO UTERINO (VI)	EN PACIENTES QUE HAYAN TENIDO HERPES TIPO 2	SI TIENE CÁNCER NO TIENE CÁNCER	P=NUMERO DE CASOS/POBLACIONX 100				x		x		x		x		


 Dr. Jesús Castillo H.
 GINECOLOGO
 SMT 10130 RNE 11203
 FIRMA DEL EVALUADOR

MATRIZ DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

“INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2014-2015”

OBJETIVO: Determinar la influencia del Virus del Herpes simple tipo 2 en mujeres que tienen cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro 2014-2015

DIRIGIDO A: Profesionales de la salud

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Meza León Jesús N.

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor en Salud Pública

VALORACION:

SIEMPRE	A VECES	NUNCA
---------	---------	-------

X


Dr. Jesús N. Meza León
C.M.P. 20552
STETRA
Firma del evaluado

MATRIZ N° 4

“INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL REGIONAL DE ICA
2014 _ 2015”

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	OPCION DE RESPUESTA			CRITERIOS DE EVALUACION								OBSERVACION Y/O RECOMENDACIONES
				SIEMPRE	AVECES	NUNCA	RELACION ENTRE VARIABLE Y LA DIMENSION		RELACION ENTRE LA DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE RESPUESTA		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
VIRUS DEL HERPES TIPO 2 (VD)	INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2	-ULCERAS GENITALES -FLUJO VAGINAL MALOLIENTE -VESÍCULAS HERPÉTICAS	P=número de casos clínicos/Población x100				x		x		x		x		
	NO INFLUYE EL VIRUS HERPES TIPO 2	-ULCERAS GENITALES - FLUJO VAGINAL MALOLIENTE -VESÍCULAS HERPÉTICAS	P= Ningún caso/población x100.				x		x		x		x		
CANCER DE CUELLO UTERINO (VI)	EN PACIENTES QUE HAYAN TENIDO HERPES TIPO 2	SI TIENE CÁNCER NO TIENE CÁNCER	P=NUMERO DE CASOS/POBLACION X 100				x		x		x		x		



FIRMA DEL EVALUADOR

MATRIZ DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

“INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2014 – 2015”

OBJETIVO: Determinar la influencia del Virus del Herpes simple tipo 2 en mujeres que tienen cáncer de cuello uterino en el Hospital santa María del Socorro 2014-2015

DIRIGIDO A: Profesionales de la salud

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

CORNEJO QUISPE SIRILA HOLGA

GRADO ACADEMICO DEL EVALUADOR:

MAGISTER EN SALUD PUBLICA

VALORACION:

SIEMPRE	A VECES	NUNCA
---------	---------	-------

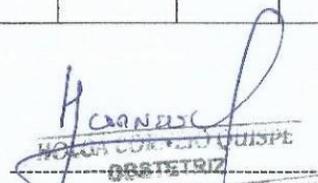
X


Firma del evaluador
HOLGA CORNEJO QUISPE
OBSTETRIZ
C.O.P. 2827

MATRIZ DE VALIDACION

«INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL REGIONAL DE ICA
2014 _ 2015»

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	OPCION DE RESPUESTA			CRITERIOS DE EVALUACION								OBSERVACION Y/O RECOMENDACIONES
				SIEMPRE	AVECES	NUNCA	RELACION ENTRE VARIABLE Y LA DIMENSION		RELACION ENTRE LA DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE RESPUESTA		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
VIRUS DEL HERPES TIPO 2 (VD)	INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2	-ULCERAS GENITALES -FLUJO VAGINAL MALOLIENTE -VESÍCULAS HERPÉTICAS	P=número de casos clínicos/Población x100				x		x		x		x		
	NO INFLUYE EL VIRUS HERPES TIPO 2	-ULCERAS GENITALES - FLUJO VAGINAL MALOLIENTE -VESÍCULAS HERPÉTICAS	P= Ningún caso/población x100.				x		x		x		x		
CANCER DE CUELLO UTERINO (VI)	EN PACIENTES QUE HAYAN TENIDO HERPES TIPO 2	SI TIENE CÁNCER NO TIENE CÁNCER	P=NUMERO DE CASOS/POBLACIONX 100				x		x		x		x		


 H. CARRILLO
 HOSPITAL REGIONAL DE ICA
 OBSTETRIZ
 FIRMA DEL EVALUADOR
 HOSPITAL REGIONAL DE ICA
 OBSTETRIZ
 C.O.P. 2007

MATRIZ DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

“INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2014 – 2015”

OBJETIVO: Determinar la influencia del Virus del Herpes simple tipo 2 en mujeres que tienen cáncer de cuello uterino en el Hospital santa María del Socorro 2014-2015

DIRIGIDO A: Profesionales de la salud

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR: Chacaltana Escate Lorena Edeline.

GRADO ACADEMICO DEL EVALUADOR:

VALORACION: Siempre

SIEMPRE X	A VECES	NUNCA
---------------------	----------------	--------------

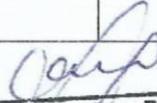
Chacaltana Escate Lorena Edeline
Firma del evaluado

Carmen E. Chacaltana Escate
OBSTETRA ESPECIALISTA
C.O.P. 8420 - N.E. 405 - E: 08

MATRIZ N° 4

«INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2 EN RELACIÓN A MUJERES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO. HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2014 _ 2015»

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	OPCION DE RESPUESTA			CRITERIOS DE EVALUACION								OBSERVACION Y/O RECOMENDACIONES
				SIEMPRE	AVECES	NUNCA	RELACION ENTRE VARIABLE Y LA DIMENSION		RELACION ENTRE LA DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE RESPUESTA		
							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
VIRUS DEL HERPES TIPO 2 (VD)	INFLUENCIA DEL VIRUS HERPES TIPO 2	-ULCERAS GENITALES -FLUJO VAGINAL MALOLIENTE -VESÍCULAS HERPÉTICAS	P=número de casos clínicos/Población x100				x		x		x		x		
	NO INFLUYE EL VIRUS HERPES TIPO 2	-ULCERAS GENITALES - FLUJO VAGINAL MALOLIENTE -VESÍCULAS HERPÉTICAS	P= Ningún caso/población x100.				x		x		x		x		
CANCER DE CUELLO UTERINO (VI)	EN PACIENTES QUE HAYAN TENIDO HERPES TIPO 2	SI TIENE CÁNCER NO TIENE CÁNCER	P=NUMERO DE CASOS/POBLACIONX 100				x		x		x		x		


Carmen E. Chacaltana Escate
OBSTETRA ESPECIALISTA
O.P. 8488 R.N.E. 405 - E: 08

FIRMA DEL EVALUADOR

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOSPITAL REGIONAL DE ICA

AÑO: 2014

TOTAL CASOS DE HERPES	12
TOTAL CASOS DE CANCER DE CUELLO UTERINO	41
TOTAL CASOS DE OTRAS PARTES DE CÁ UTERO	18
TOTAL PAPANICOLAU	1959

MORBILIDAD
CASOS DE HERPES y CANCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN GRUPO ETAREO
01-ENERO AL 31-DICIEMBRE 2014

Código	MORBILIDAD	TOTAL	0-28D	29D-11M	1A	2A	3A	4A	5-9A	10-14A	15-17A	18-24A	25A49A	45A64A	65+
B009	INFECCION DEBIDA AL VIRUS DEL HERPES, NO ESPECIFICADA	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6	5	-
C539	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO SIN OTRA ESPECIFICACION	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	17	6
C798	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3	10

INFORME MENSUAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

H03A - 1 -

TIPO CÁNCER	ACTIVIDAD											70 y más	TOTAL
		10-14	15-14	15-17	18-29	30-44	45-49	50-59	60-64	65-69			
C A N C E R U T E R I N O C U E L L O	TOMA DE MUESTRAS PAP	GESTANTE			1	5	3						9
		NO GESTANTE		1	8	313	790	377	350	88	20	12	1959
	TOMA DE MUESTRAS PVH	NUMERO											0
		NEGATIVO		1	3	116	343	172	245	52	11		943
	RESULTADO CITOLOGIA (Bethesda 2001)	LEI BAJO GRADO				2	34	17	9	2	1	2	67
		LEI ALTO GRADO				4	29	8	13	3		3	60
		CARCINOMA					11	7	15	3	4	3	43
	CONSULTA MEDICA GINECOLOGICA	NUMERO	6	16	65	827	1652	855	951	269	169	141	4951
	COLPOSCOPIA	NUMERO				59	260	106	75	12	4	1	517
	TOMA BIOPSIA CERVIX	NUMERO				5	36	14	9	3	1		68
	CRIOTERAPIA	NUMERO											0
ELECTROCIRUGIA (LEEP)	NUMERO					1	1					2	
CONSEJERIA EN PREVENCIÓN CÁNCER CERVIX	PRIMERA		1	8	309	732	365	411	90	12	2	1930	
	SEGUNDA				78	338	178	248	53	12		907	
C A N C E R D E	CONSULTA MEDICA EXAMEN MAMAS	NORMAL				5	5					10	
		ANORMAL			2	17	52	34	42	6	5	2	160
	MAMOGRAFIA	NUMERO	2		1	9	385	395	550	128	62	31	1563
	RESULTADOS DE MAMOGRAFIA	NORMAL											0
		ANORMAL						1					1
	PUNCION MAMARIA	NUMERO	1		2	1	3	1					8
	TOMA BIOPSIA DE MAMA	NUMERO											0
CONSEJERIA EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA	PRIMERA				104	378	285	357	83	24	6	1237	
	SEGUNDA				7	145	154	230	51	21	5	613	
C A N C E R D E	CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA	NUMERO	1	9	43	379	504	207	589	185	203	423	2543
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	NUMERO	1	4	7	70	117	42	140	51	54	101	587
	BIOPSIA GASTRICA	NORMAL											0
		ANORMAL											0
	CONSEJERIA EN PREVENCIÓN CÁNCER GASTRICO	PRIMERA	1		5	99	236	79	203	68	9		700
SEGUNDA					24	77	41	102	31	1		276	

DEPARTAMENTO DE ICA
ICA

MORBILIDAD
MORBILIDAD GENERAL POR SUBCATEGORIAS SEGÚN GRUPO ETARIO Y SEXO
01-ENERO AL 31-DICIEMBRE 2015

EDAD SEGÚN EPIDEMIOLOGIA

CODIGO	MORBILIDAD	SEXO	TOTAL	0-28D	29D-11M	1-9A	10-14A	15-17A	18-29A	30-59A	60A+
A600	HERPES GENITAL	T	30	0	1	0	0	1	14	14	0
		M	19	0	0	0	0	0	7	12	0
		F	11	0	1	0	0	1	7	2	0

CUADRO N°1

TABLA DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA N°	EDAD	GESTACIONES	MULTIGESTA	IRS	TIPO DE RS	NCS	USO MAC	CAN ANTEC	ITS ANTEC	TIPO ITS	TX ITS	DX CACU	DX CLINICO VHS2	FECHA PAP	PAP RESULT
1	1	2	1	3	3	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1
2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	5	1	2	1	1	1
3	2	3	1	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1
4	2	2	1	1	3	2	2	1	1	5	1	2	3	1	1
5	2	1	1	1	2	2	2	2	1	5	1	2	3	1	2
6	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1
7	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1
8	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2
9	2	3	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2
10	2	3	1	3	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1
11	2	2	1	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	3
12	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	3	1	1
13	1	1	1	3	3	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2
14	1	1	1	3	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1
15	2	2	1	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1
16	1	2	1	3	3	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2
17	1	3	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1
18	2	2	1	1	3	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2
19	1	1	1	3	3	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1
20	2	2	1	1	3	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1
21	2	3	1	1	3	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1

CUADRO N°2

MANIFESTACIONES CLINICAS- HERPES

N° FICHA	PRESENCIA DE VESICULAS	FIEBRE	MALESTAR GENERAL	DISMINUCION DE APETITO SEXUAL	ESCOZOR	FLUJO VAGINAL MALOLIENTE	SANGRADO POST COITAL
1	1	2	1	1	1	1	2
2	1	2	2	2	1	1	2
3	1	2	2	2	1	1	2
4	1	1	2	2	1	2	1
5	1	2	1	1	1	1	2
6	1	1	2	2	1	2	1
7	1	1	1	1	1	1	1
8	1	2	2	2	2	1	2
9	1	2	1	1	1	1	2
10	1	1	2	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1
12	1	2	1	1	1	1	1
13	1	2	1	1	1	1	1
14	1	1	2	2	2	2	2
15	1	2	1	2	1	1	2
16	1	2	1	1	1	1	1
17	1	1	1	2	1	1	2
18	1	2	1	1	1	2	1
19	1	2	2	2	2	1	2
20	1	1	1	1	1	1	1
21	1	2	1	2	1	1	2

CUADRO N°3

TIPO DE ANTICONCEPTIVO

N° FICHA	ORAL	INYECT TRIM	DIU	PRESERVATIVO MASC	NATURAL- RITMO	NINGUN MAC	BTB
1	2	1	2	2	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2	2
3	1	2	2	2	2	2	2
4	2	2	2	2	1	2	2
5	2	2	2	2	1	2	2
6	2	1	2	2	2	2	2
7	2	2	2	2	2	2	2
8	2	2	1	2	2	2	2
9	2	2	2	1	2	2	2
10	2	2	2	2	2	1	2
11	2	2	2	2	2	1	2
12	2	1	2	2	2	2	2
13	2	2	2	2	2	2	2
14	2	2	1	2	2	2	2
15	2	2	2	2	2	1	2
16	2	1	2	2	2	2	2
17	2	2	2	2	2	2	1
18	2	2	2	2	1	2	2
19	2	1	2	2	2	2	2
20	2	2	2	2	2	2	1
	2	1	2	2	2	2	2

