



**FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÈMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS
EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE
GROPPO CHINCHA - 2014”**

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

PRESENTADO POR: UCULMANA GUTIERREZ ANGELICA YESENIA

ICA – PERU

2016

**“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS
EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE
GROPPO CHINCHA 2014”**

DEDICATORIA

A mis padres, Manuel y Alicia las personas que más amo en esta vida. Esto es fruto de lo que ellos cultivaron con amor, paciencia, cariño, respeto y responsabilidad. Y una de las mejores maneras de agradecer toda su dedicación es obsequiándoles el ser una gran profesional.

A mi abuelita Angélica, que en paz descanse, porque sé que en donde se encuentre estará contenta de este logro. Siempre la recordare como una mujer feliz y luchadora.

A mi hermano Walter, que formo parte de mi adolescencia, siempre cuidándome y aconsejándome para que sea la mejor por la familia. Ahora te puedo decir lo logramos y de donde estés mi querido hermano sé que estarás muy contento. Que descansen en paz las dos personas más queridas para mí.

A mi tío Santiago, por creer en mí desde el principio. Es de mi gran admiración y lucha y seguiré sus pasos para ser exitosa y tener esa voluntad de ayudar a los demás.

A Guillermo, el amor de vida, por ser aquella persona que me incentivo a seguir adelante gracias a sus consejos, y ayudarme durante estos años de carrera.

Agradecimiento

A DIOS por cada día de mi vida, por permitirme ser quien soy e iluminarme, por ayudarme a superar cada día más y ser alguien mejor.

A la Obst. Carmen Chacaltana, quien acepto apoyarme en esta travesía, gracias por ayudarme y compartir sus conocimientos, brindándome la confianza necesaria para realizar mi tesis.

RESUMEN

El presente estudio titulado “Incidencia y Factores de riesgo asociado a condilomatosis en la población general atendidos en el Hospital Rene Toche Groppo Chincha 2014” Es un estudio tipo descriptivo, retrospectivo, analítica y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 43 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, se utilizó ficha de recolección de datos, basándose en la observación de las historias clínicas. Donde se obtuvo el siguiente resultado: el (67.44%) de la muestra supera los 25 años, para el inicio de la relaciones sexuales el (58.14%) han iniciado su experiencia sexual antes de los 20 años, con un grado de instrucción secundaria de (41.86%), En cuanto pacientes que no utilizan preservativos (58.14%). Mientras que el sexo masculino son los más infectados con un (62.79%), El estado civil casados fue el más afectado con (37.21%). Y con ITS concomitante a condilomatosis fue el síndrome de flujo vaginal con un (30.23%) Llegando a la siguiente Conclusión: la incidencia de infección por condilomatosis es de 1% de los pacientes atendidos en el hospital de chincha, y se comprueba que la edad más temprana de inicio de relaciones sexuales promedio es de 17 años para esta población. Por eso se relaciona con un incremento de condilomatosis.

Palabras claves: Condilomatosis, Factores de Riesgo.

SUMMARY

This study entitled "Incidence and risk factors associated with condilomatosis general population treated at Hospital Rene Toche Groppo 2014 Chincha" It is a descriptive, retrospective, cross-sectional analytical and studio. The sample consisted of 43 patients who met the inclusion and exclusion criteria was used data collection sheet, based on the observation of clinical records. Where the following result was obtained: the (67.44%) of the sample exceeds 25 years for the onset of sexual intercourse the (58.14%) have started their sexual experience before age 20, with a degree of secondary instruction (41.86%) as patients not using condoms (58.14%). While males are most infected with a (62.79%), the married marital status was the most affected with (37.12%). And with concomitant STI condilomatosis was the syndrome of vaginal discharge with (30.23%) Coming to the following conclusion: the incidence of infection condilomatosis is 1% of patients treated at the hospital in Chincha, and it is found that the age start earlier average sex is 17 years for this population. So it is related to an increase in condilomatosis.

Keywords: Condilomatosis, Risk Factors.

ÍNDICE

CARATULA	i
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	iv
ABSTRACT	vii
ÍNDICE	viii
INTRODUCCIÓN	x

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	13
1.2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION	16
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.3.1. Problema Principal	16
1.3.2. Problemas Secundarios	16
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.4.1. Objetivo General	17
1.4.2. Objetivos Específicos	17
1.5. IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE VARIABLES	18
1.5.1. Hipótesis General	18
1.5.2. Variable	18
1.5.3. Operalización de Variables e Indicadores	19
1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACION	20
1.6.1 Tipo de Investigación	20
1.6.2 Nivel de Investigación	20
1.6.3 Método	20
1.7. POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION	20
1.7.1. Población	20
1.7.2. Muestra	20

1.7.3. Criterios de Inclusión	21
1.7.4. Criterios Exclusión	21
1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
1.8.1. Técnicas	21
1.8.2. Instrumentos	21
1.9. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	24
2.1.1. Antecedentes Internacionales	24
2.1.2. Antecedentes Nacionales	28
2.1.3. Antecedentes Locales	28
2.2. BASES TEÓRICAS	29
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	48
CAPÍTULO III: ANALISIS DE TABLAS Y GRAFICOS	51
DISCUSION	65
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
FUENTES DE INFORMACION	69
ANEXOS	
- Matriz de Consistencia	75
- Ficha de Recolección de Datos	77
- Solicitud de permiso ESSALUD Chincha	80
- Reportes estadísticos	81

INTRODUCCION

Diversos estudios han propuesto que la condilomatosis es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes, causadas por el VPH. Se trasmite al mantener relaciones sexuales por vía oral, genital o anal con un infectado. Entre los factores de riesgo se encuentran el inicio temprano de la vida sexual, antecedente de dos o más parejas sexuales, no uso de preservativo, antecedentes de ITS.

Parece ser que los HPV 6 y 11 responsable del 90% de las verrugas genitales en mujeres y hombres. Se estima que afectan al 1% de las mujeres sexualmente activas entre 15 y 49 años. Datos proporcionado por la OMS revela que la condilomatosis se encuentra ubicada entre las diez patologías más frecuentes diagnosticadas en el 2015.¹

La OMS desarrolla normas y pautas mundiales para tratar y prevenir las ITS; fortalece los sistemas de vigilancia y seguimiento, incluidos los relativos a la gonorrea farmacorresistente, y dirige el establecimiento del programa mundial de investigaciones sobre ITS.

A pesar de que las verrugas genitales externa son una de las ITS más frecuentes. Su epidemiología no está bien caracterizada. En la población general la incidencia anual de cualquier VGE (incluyendo nuevas y recurrentes) varía desde 160 en España, 289 en el Reino Unido por 100.000 habitantes, con una media de 194,5 por 100.000 habitantes.

¹ Organización Mundial Salud Infecciones de transmisión sexual. [Internet] 2015. (Citado 1 Dic 2015). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

Como las estadísticas muestran estos casos aumentados, esperamos que esta investigación contribuya a determinar los factores de riesgo más importantes que propician esta infección entre la población general y proponer estrategias que ayuden a disminuir la tasa de contagios.

El problema fue ¿Cuál es la incidencia y factores de riesgo que condiciona la presencia de condilomatosis en la población general que se atendieron en el Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chincha 2014?

El objetivo fue determinar la incidencia y los factores de riesgo de la condilomatosis en la población general atendidos en el Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chincha 2014.

La investigación se realizó. En el Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chincha 2014.

La investigación se realizó en tres capítulos que tratan sobre:

En el capítulo I, se desarrolló el planteamiento del problema, formulación de los objetivos, justificación y operacionalización de las variables.

En el capítulo II, se desarrolló el marco teórico, antecedentes internacionales, nacionales y locales.

En el capítulo III, se desarrolló conclusiones, recomendaciones, matriz de consistencia y ficha de recolección de datos.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

1.1.1 Enfoque Mundial

La historia de la infección empezó a finales de la década de 1970, se contaba ya con la tecnología de ADN, que se utilizó para aislar el genoma de los VPH identificados en las verrugas. Mediante ensayos de hibridación y restricción demostraron que los virus que aislaron de las diferentes muestras clínicas no eran todos idénticos, así que se procedió a clasificarlos por tipos en 1, 2, 3, 4 y así de forma sucesiva, según se iban descubriendo nuevos subtipos del virus.

En 1980, con el ADN del VPH1 como sonda, Lutz Gissman (profesor asociado en el laboratorio de Zur Hausen), identificó y aisló el genoma del VPH6 de un condiloma acuminado y con la sonda del mismo virus descubrió el VPH11 en un papiloma laríngeo.²

² Ochoa F. Virus de Papiloma Humano Instituto Nacional de Cancerología, México D.F., México Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-virus-del-papiloma-humano-desde-90380596>

La distribución regional de nuevos casos de verrugas genitales por 100.000 habitantes es la siguiente: 101 a 205 en Norteamérica, 118 a 170 en Europa y 204 en Asia. En relación a la prevalencia, el rango se sitúa entre 0,13% y 0,16% en estudios utilizando la población general femenina como denominador. Los datos epidemiológicos confirman que el pico de incidencia en hombres y mujeres jóvenes corresponde al pico de edad de adquisición de nuevas parejas sexuales. Sin embargo, algunos porcentajes de incidencia deben ser interpretados con cautela debido a variaciones en la metodología en cuanto a rangos de edad de las poblaciones. Wellings y cols, reportaron una incidencia de 149 por 100.000 habitantes en mujeres con edades comprendidas entre 14 a 65 años de edad comparados con 99 por 100.000 habitantes para la población general femenina.³

1.1.2 Enfoque Nacional

Según reportes estadísticos del Ministerio de Salud (MINSA), los casos de infecciones de transmisión sexual por diagnóstico tasa x 100,000 habitantes Perú: para el 2002 con diagnóstico condilomatosis fue de 5,957 casos con 1.5% y una tasa de 22.5 y para el 2011 se reportaron 6,920 casos con 1.4% y una tasa de 23.2.⁴

³ Gonzales G. tratamiento de las verrugas genitales: una actualización. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. [Internet] 2015. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100012

⁴ Ministerio de salud boletín estadístico sobre infecciones de transmisión sexual Perú: 2002 - 2011 Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/contenido/4857.pdf>

1.1.3 Enfoque Local

En la provincia de Chincha, se observa con frecuencia el aumento de número de casos que presentan esta patología que se dan por las infecciones de trasmisión sexual, Por lo que es conveniente plantear esta investigación a fin de determinar científicamente la incidencia y factores asociados a condilomatosis en los pacientes atendidos en el Hospital Rene Toche Groppo.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Delimitación Espacial

El estudio se llevó cabo en el Hospital de EsSalud Rene Toche Groppo de Chincha.

1.2.2. Delimitación Temporal

El presente trabajo se realizó en el Hospital EsSalud Rene Toche Groppo durante el periodo 2014-Chincha

1.2.3. Delimitación Social

La investigación se realizó en todos los pacientes que acudieron al Hospital EsSalud Rene Toche Groppo por los diferentes servicios y que presentaron por examen clínico el diagnóstico de Condilomatosis.

1.2.4. Delimitación Conceptual

El trabajo determinó el número de casos nuevos (incidencia) así como los factores de riesgo que favorecen la presencia de condilomatosis en la población general que acudieron al Hospital EsSalud Rene Toche Groppo-Chincha.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema Principal

¿Cuál es la incidencia y factores de riesgo que condiciona la presencia de condilomatosis en la población general que se atendieron en el Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chíncha 2014?

1.3.2. Problemas Secundarios

¿Cuál es la incidencia de condilomatosis en la población general atendidos en el Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chíncha 2014?

¿Cuáles son los factores de riesgo que favorecen la presencia de condilomatosis en la población general atendidos Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chincha 2014?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

Determinar la incidencia y los factores de riesgo de la condilomatosis en la población general atendidos en el Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chincha 2014.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar la incidencia de condilomatosis en la población general atendidos en el Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chincha 2014.
- Identificar los factores de riesgo que participan en la génesis de condilomatosis de la población general atendidos en Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chincha 2014.

1.5 IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE VARIABLES

1.5.1 HIPÓTESIS

El siguiente trabajo no requiere hipótesis por ser descriptivo

1.5.2 VARIABLE

- Factores de riesgos de la condilomatosis

1.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	ESCALA	DIMENSIONES	FUENTES
Factores de riesgo de la condilomatosis	<p>Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.</p> <p>Los condilomas o verrugas genitales son neo formaciones exofiliticas, generalmente múltiples, de color rosado o blanco grisáceo, habitualmente se localiza en la región anogenital. Y suelen ser asintomáticas, típico “aspecto de coliflor”</p>	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de las relaciones sexuales • Antecedentes de infecciones de transmisión sexual • No uso de preservativo 	<p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Historia Clínicas</p>

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Tipo de Investigación

La investigación según su finalidad básica es de tipo no experimental, porque no se modificará la variable, retrospectiva pues se estudiara documentos de registros tipo historia clínica de hechos pasados, transversal debido a que solo se medirá la variable por una sola vez, por su nivel de alcance descriptivo.

1.6.2. Nivel de investigación

Descriptiva, solo describiremos los factores de riesgo.

1.6.3. Método

Inductivo.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. Población

La población está constituida por todos los pacientes que fueron atendidos en el Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chincha en el 2014.

1.7.2. Muestra

Se hará muestreo no probabilístico, por: accesibilidad a las historias clínicas y/o reportes estadísticos hospitalarios, viabilidad y criterio personal como investigadora, en este sentido mi muestra estará constituida por una población de 43 pacientes a los cuales se les diagnostico condilomatosis en el Hospital Rene Toche Groppo Chincha 2014.

1.7.3. Criterios de Inclusión

Pacientes con condilomatosis

Todos los pacientes atendidos durante el periodo de estudio

1.7.4. Criterios de Exclusión

Pacientes que se encuentran fuera del grupo etareo.

Pacientes que hayan sido diagnosticados en otro establecimiento.

Pacientes atendidos fuera del periodo de estudio

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

Se identificaron las historias clínicas completas que reunieron criterios de inclusión. Posteriormente se realizó el llenado de la hoja de recolección de datos que incluye (edad, sexo, inicio de vida sexual, antecedentes de ITS, etc.)

1.8.2 Instrumentos

Para el desarrollo del trabajo de investigación se utilizó:

- Ficha de recolección de datos previamente validada por expertos (ver anexos)
- Historia clínicas de las pacientes involucrada en el siguiente grupo

1.8.3 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

- Los datos obtenidos serán procesados en el paquete estadístico SPSS versión 21, teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión.
- Los datos se presentaron a través de tablas y gráficos.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación fue realizada para conocer la incidencia e identificar los factores de riesgo en la población general con diagnóstico de la condilomatosis. Lo que representa un importante problema de salud pública. Ya que los condilomas acuminados afecta al 1% de la población en general.

Considero importante la realización de esta investigación, ya que el condiloma acuminado provoca gran repercusión social, económica, laboral y anímica en los que lo padecen. Induce gran daño emocional, que tienen como resultado conflictos muy graves en la autoestima, destrucción de la relación con la pareja y dificultades para iniciar una nueva relación, motivo por el cual amerita su estudio

Por lo que su estudio permitirá implementar estrategias y a fin de disminuir la incidencia de esta patología. La información generada con los resultados de este trabajo de investigación, permitirá conocer mejor la epidemiología de la infección así, como la incidencia y factores de riesgo que asocian en nuestra población y dirigir esfuerzos de prevención y educación al grupo de pacientes susceptibles de contraer la enfermedad. Así pues, se espera disminuir la morbilidad por condilomatosis de manera secundaria, redundando así a mejorar el costo-beneficio en éste grupo de pacientes para la salud pública.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Leyva D. (2013). “Efecto de la presencia de factores de riesgo de condiloma acuminado anal, en su recidiva, en pacientes atendidos por consulta externa de Proctología del Hospital del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” del 01 de enero al 31 de diciembre del 2013. Santiago de Guayaquil” Resultados: Se estudió 99 casos. Las características demográficas que presentaron diferencia significativa entre los casos vs. Controles fueron sexo y tipo de afiliación al Seguro Social. De aquellos factores de riesgo estudiados, la presencia de VIH/Sida (OR 2,36; IC 95% 0,84 – 6,60), el tacto rectal no normotónico (OR 6,90; IC 95% 2,13 – 22,33) y la apreciación de condilomas a la anoscopía (OR 2,96; IC 95% 1,14 – 7,76), obtuvieron una razón de momios superior a dos veces la unidad. La razón de momios global del estudio fue de 2,41 (OR 0,98 – 5,92; p = 0,0440).⁵

⁵ Leyva D. Efecto de la presencia de factores de riesgo de condiloma acuminado anal, en su recidiva, en pacientes atendidos por consulta externa de Proctología del Hospital del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2013. Santiago de Guayaquil. [Internet] 2014. (citado 10 Dic 2015) Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/3418/1/T-UCSG-PRE-MED-308.pdf>

Álvarez M. (2014). Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia 2014. Resultados: El 18% de los adolescentes han iniciado sus relaciones sexuales con gran frecuencia antes de los 14 años, y de ambos sexos.⁶

Trujillo I. (2013). Caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica de pacientes con condiloma acuminado en la consulta protocolizada del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras en el período 2009-2013 Habana Cuba. Resultados. Se evaluaron 219 pacientes con el diagnóstico de Condiloma acuminado. El género masculino fue el más frecuente en el estudio (83,1%). Hubo 121 pacientes de piel blanca, que fue mayoría de manera global (55,3%). La edad de los pacientes mostró una mediana global de 24 años con valores entre 16 y 60 años, donde hubo 156 (71,2%) menores de 30 años. Predominaron los solteros (70,3%) sobre los otros estados civiles y el grado de escolaridad más frecuente fue el preuniversitario (58,4%); 58% de los pacientes reportaron trabajar, pero 27,9% no tienen vínculo laboral ni escolar. Las edades promedio de los pacientes (estudiantes, trabajadores y sin ocupación) fueron 21, 29 y 27 años (prueba de Kruskal-Wallis; $p < 0,001$), respectivamente. En los hábitos tóxicos, 62,1% de los pacientes se declararon con algún nivel de ingesta de alcohol, mientras que 54,8% reportaron ser fumadores activos y 58,9% que ingerían café.⁷

⁶ Álvarez M. Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Revista Habanera de Ciencias Médicas. [Internet] 2014. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200012

⁷ Trujillo I. Caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica de pacientes con condiloma acuminado Revista. Dermatológico Perú 2014 [Internet] 2013. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/dermatol.peru/v24n2/a3.pdf>

Cedeño A. (2013). “Incidencia de la condilomatosis genital en el embarazo y su pronóstico sobre el parto vaginal en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el periodo de septiembre del 2012 a febrero 2013” Resultados se concluye que la mayor incidencia de condilomatosis genital en embarazo se presentó en grupo de edades comprendido entre 17 y 19 años con 53,8% de los casos. La edad de inicio de relaciones sexuales fue de 16 a 17 años un 36.5%. Las localizaciones más frecuentes de los condilomas se presentaron en la zona vaginal con un porcentaje de 32%. El 64% de las pacientes no recibieron tratamiento para los condilomas. El 56% de las embarazadas fueron sometidas a cesárea y el 13% de los casos a parto vía vaginal.⁸

Mieles M. (2013). “Prevalencia y factores de riesgo de condiloma acuminado en mujeres atendidas en la Maternidad Enrique Sotomayor de Guayaquil 2009 -2011” Resultado: En el año 2010 se observa una prevalencia mayor comparando los otros años con un valor de 3.36 siguiéndole, el año 2011 con 2.12 y en el año 2009 la prevalencia es menor de 1.39. La edad influyó en la aparición de los condilomas acuminados, en la consulta externa gineco-obstétrica se atendió un mayor número de pacientes entre 20 y 33 años, con mayor número entre las edades de 20 a 26 años. Pero en la hospitalización hay un aumento de pacientes entre las edades de 13 y 19

⁸ Cedeño A. Incidencia de la condilomatosis genital en el embarazo y su pronóstico sobre el parto vaginal en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el periodo de septiembre del 2012 a febrero 2013. [Internet] 2013. (citado 10 Dic 2015) Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1828/1/tesis%20incidencia%20de%20condilomatosis%20genital%20en%20el%20embarazo.pdf>

años todos son embarazadas nulíparas, manteniéndose también las edades de 20 a 26 años, con pocas mujeres entre 27 y 33 años.⁹

Cabrera G. (2011). Principales características clínico epidemiológicas de pacientes afectados por condilomatosis. Resultado: la condilomatosis genital fue la más frecuente, predominó en el sexo femenino, edades entre 20 y 39 años (51,4%) y en el nivel escolar medio superior (66,7%); el 55,6% de los pacientes presentaron antecedentes patológicos personales de infecciones de transmisión sexual e infecciones asociadas previas al diagnóstico; el 23,6% presentó infección concomitante con el diagnóstico de condilomatosis y de ellos, 70,6% correspondió a vaginosis bacteriana. La enfermedad predominó en heterosexuales y en los que refirieron entre 2 y 3 parejas sexuales en los últimos 12 meses.¹⁰

Ferra T. (2008). Pacientes portadores de verrugas ano-genitales que acudieron a consulta externa de los policlínicos docentes universitarios de los municipios Najasa, Jimaguayú y del Hospital hasta el 31 de noviembre de 2007. Resultado: El grupo de edad de mayor incidencia fue el de 20 a 24 años con (38,7 %); (29,3%) en el sexo masculino, El estado civil soltero fue el más afectado con (51,8%), De acuerdo con la orientación sexual se constató que predominó el grupo heterosexual (87,0%) y la conducta sexual sin riesgo (66,1%), De las parejas sexuales fueron examinadas (85%), de las cuales (55,1%) no presentaron lesiones de condilomas acuminados, Del

⁹ Miele M. Prevalencia y factores de riesgo de condiloma acuminado en mujeres atendidas en la Maternidad Enrique Sotomayor de Guayaquil 2009 -2011. [Internet] 2011. (citado 10 Dic 2015) Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7463/1/MIELES%20mireya.pdf>

¹⁰ Cabrera G. Principales características clínico epidemiológicas de pacientes afectados por condilomatosis. [Internet] 2011. (citado 10 Dic 2015) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2011000400007&script=sci_arttext.

total de pacientes estudiados (66,1%) no tenían ITS asociadas. Se constató un predominio de la candidiasis (9,7%), seguido por la infección por gardenella (7,5%) y por clamidia trachomatis (6,8%).¹¹

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Dionicio J. 2006 “Los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes ante las enfermedades de transmisión sexual estudio comparativo en poblaciones de la costa y sierra” Resultado: En general el nivel de conocimientos adecuados fue significativamente mayor en adolescentes de la costa (53.7%) que en los de la sierra (46.3%), ligeramente mayor en varones (51.1%) que en mujeres (48.9%). Los conocimientos adecuados sobre Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes fueron mayores en el quinto año (43.6%), el conocimiento inadecuado fue mayor en adolescentes del tercer año (41.7%).¹²

2.1.3 Antecedentes Locales

No se reportaron

¹¹ Ferra T. Algunos aspectos epidemiológicos de los condilomas acuminados. Estudio de 307 casos. Rev. Arch. Medico de Camagüey. [Internet] 2008. (citado 10 Dic 2015) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000300010

¹² Dionicio J. 2006 “los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes ante las enfermedades de transmisión sexual estudio comparativo en la población de la costa y sierra”. [Internet] Lima - Huánuco 2004. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1806>

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CONDILOMAS

Los condilomas acuminados, también llamados verrugas genitales, son neoformaciones exofíticas, generalmente múltiples, de color rosado o blanco-grisáceo, en cuya superficie se aprecian proyecciones filiformes o papilomatosas. Habitualmente se localizan en la región anogenital y suelen ser asintomáticos, aunque a veces cursan con dolor o prurito. Su tamaño es muy variable. Generalmente crecen rápidamente hasta llegar a adquirir dimensiones considerables y el típico “aspecto de coliflor”, aunque en ocasiones el tamaño de la lesión se estabiliza o decrece hasta desaparecer por completo.¹³

2.2.2. ETIOLOGIA DE LA CONDILOMATOSIS

La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) considera que el agente causal del condiloma es el virus papiloma humano (VPH), siendo los serotipos 6 y 11 no oncogénicos, son responsables de verrugas genitales (condilomas acuminados).¹⁴

¹³ Choque A. Condiloma acuminado. Revista científica ciencia médica [Internet] 2011. (Citado 10 Dic 2015) Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332011000100013

¹⁴ Saavedra A. Infecciones de transmisión sexual. CS Santa Fe. Granada. [Internet] 2010. (Citado 10 Dic 2015) Disponible: en http://amf-semfyc.com/upload_articles_pdf/Infecciones_de_transmision_sexual.pdf

2.2.3. INCIDENCIA

Wellings y cols. Reportaron una incidencia de 149 por 100.000 habitantes en mujeres con edades comprendidas entre 14 a 65 años de edad comparados con 99 por 100.000 habitantes para la población general femenina. La distribución regional de nuevos casos de verrugas genitales por 100.000 habitantes es la siguiente: 101 a 205 en Norteamérica, 118 a 170 en Europa y 204 en Asia. En relación a la prevalencia, el rango se sitúa entre 0,13% y 0,16% en estudios utilizando la población general femenina como denominador.²

2.2.4. MORFOLOGÍA DEL VPH

El VPH es un virus desnudo, de pequeño tamaño (55 nm), con una sola molécula de ADN circular de doble hélice, de 8000 pares de bases (pb), unida a histonas celulares. Tiene una cápside de morfología icosaédrica, con 72 capsómeros pentaméricos. Las proteínas que componen la cápside son dos, y se denominan L1, de 55 Kd y que representa el 80% de las proteínas del virus; y L2, de 70 Kd. Ambas proteínas están codificadas por el genoma viral.¹⁵

¹⁵ Romo A. Infección por el Virus Papiloma Humano en Varones parejas de Mujeres Infeccionadas y Concordancia del tipo Viral [Internet] 2011. (citado 1 Dic 2015) Disponible en:http://gredos.usal.es/jsmui/bitstream/10366/110824/1/DME_Romo_Melgar_A_InfeccionPorVirus.pdf

2.2.5. MANIFESTACIONES CLINICAS

La manifestación clínica habitual se presenta en dos formas.

- ✓ En las zonas húmedas: como lesión hiperplásica pediculada de base ancha, de color rosado o blanco, carnosa, blanda, puede tener forma de cresta de gallo, puede macerarse e infectarse.
- ✓ En las zonas secas: el aspecto semeja a verruga vulgar, se presenta como lesiones secas e hiperqueratósicas o incluso como pápulas o lesiones aplanadas pigmentadas de color marrón, gris, azulado, conocidas como papulosis bowenoide. Pueden permanecer con las características descritas, involucionar o extenderse de forma progresiva.

Las localizaciones más frecuentes

En las mujeres son el cuello, la vagina y la vulva; inicialmente, la horquilla vulvar, los labios menores y, posteriormente, el ano.

En el embarazo pueden aumentar en tamaño y número.

En los hombres aparece con frecuencia en varios lugares, en especial el ano y pene.¹⁶

2.2.6. DIAGNÓSTICO DE LA CONDILOMATOSIS

El diagnóstico de las verrugas se basa en la presentación clínica, localización anatómica e histología. En la mayoría de los casos no es necesaria la identificación del genotipo viral, pues en general corresponde a tipos de bajo riesgo. Cuando la localización es genital y perianal se debe hacer examen ginecológico y proctológico, para descartar compromiso interno.

¹⁶ Sánchez L. Dermatología Peruana. Condiloma acuminado [Internet] 2014. (Citado 1 Dic 2015). Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/dermatol.peru/v24n2/a1.pdf>

1- Prueba con ácido acético: es sencilla y de fácil realización en consultorio. En el caso del glande, se debe preparar unos días antes con lavados bicarbonatados o con borato de sodio, para retirar la descamación propia del mismo. Las lesiones visibles y la zona a estudiar se cubren con una gasa embebida en ácido acético al 3-5% durante 5 a 10 minutos. de manera que se produce una tinción de las áreas de epitelio que contienen células con relación núcleo-citoplasma aumentado, por mecanismos desconocidos. Estas lesiones se denominan “zonas acetoblancas”.

2- Estudio histopatológico: se realiza solo cuando el diagnóstico clínico es difícil o cuando existe sospecha de malignidad, por ejemplo en lesiones pigmentadas, de gran tamaño, sangrantes, resistentes al tratamiento o cuando empeoran a pesar de él.

3- Técnicas de biología molecular: se usan para la detección y tipificación de HPV, especialmente cuando el diagnóstico clínico o histopatológico es dudoso. También se recurre a ellas para determinar la presencia de virus en las lesiones premalignas o malignas ya tratadas, lo cual constituye un factor de riesgo de recurrencia. Para realizar este control debe esperarse al menos seis meses después de terminado el tratamiento.

4- Serología: se encuentran en desarrollo una gran variedad de pruebas serológicas para detectar anticuerpos contra HPV ¹⁷

¹⁷ Fuenzalida H, Espinoza M. Actualización en Verrugas Genitales Externas: Diagnóstico, Clasificación y Tratamiento. Rev Chilena Dermatol 2007; 23(2):126-33.

2.2.5. CLASIFICACIÓN SEGÚN SUBTIPOS (VPH) EN RELACION CON CONDILOMAS

Ver cuadro N° 1.¹⁸

Tipo de VPH	Presentación	Potencial	Relación con el tipo de lesión
6 y 11	Condilomas acuminados	Bajo	Bajo riesgo (condilomas, lesiones precancerosas)
31,33,35,42,52 y 58	Lesiones de tránsito rápido	Intermedio	Alto riesgo (lesiones de tránsito rápido)
16 y 18	Lesiones precancerosas e invasoras	Alto	Alto riesgo (lesiones precancerosas e invasoras)

MODO DE TRANSMISIÓN

1. Contacto sexual: Es la vía más frecuente y la de mayor riesgo.
2. Instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados (Guantes 50%, instrumental de biopsia 37%).
3. Fómites (jabones, toallas, ropa interior 17%) y artefactos sexuales.
4. Materno – fetal: Las gestantes pueden transmitir el virus al feto en el transcurso del embarazo o durante el parto.
5. Auto inoculación de las verrugas vulgares, por contacto directo de la piel con las Verrugas.

2.2.6. PERIODO DE INCUBACIÓN

La infección presenta un periodo de incubación variable, en la mayoría de los casos la verruga aparecen a los 2-3 meses de la infección, y aproximadamente el 65% de sus parejas se contagian en unos 2 a 8 meses.

¹⁸ Fernández O. Guías Clínica - Condiloma Acuminados [Internet] 2004. (citado 1 Dic 2015). Disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/07/12A_Fisterra_N11_2.pdf

En una minoría de los casos existen pacientes con infección latente, que puede reactivarse después de muchos años.¹⁹

2.2.7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los condilomas pueden ser confundidos con otras lesiones exofíticas o con placas genitales de distinta pigmentación.

- **Condilomas planos o sífilides:** que se presentan en la sífilis secundaria. Estas lesiones aunque morfológicamente pueden ser similares, son de superficie plana y a veces erosivas o exudativa, en lugar de papilomatosa. Pueden coexistir con otras modificaciones cutáneas de la sífilis secundaria.

- **Papulosis benigna:** también llamada pápula perlada del pene o pápulas vestibulares, glándulas sebáceas ectópicas aisladas o agrupadas que se observan en 30-40% de los varones jóvenes generalmente en la corona del glande y no está asociada al VPH. Es la entidad que más problema de diagnóstico diferencial causa con los condilomas.

- **Papulosis bowenoide:** entidad producida por el VPH que da lugar a pápulas de coloración variable, en ocasiones muy pigmentadas y de localización genital. Las características histopatológicas de esta entidad se acercan más a la enfermedad de Bowen, presentando una evolución bastante crónica y caracterizada por su pobre respuesta a los tratamientos disponibles.

- **Pénfigo vegetante:** las lesiones son de superficie de implantación más extensa y presenta lesiones ampollosas en algún momento de la evolución.

¹⁹ Nogueras I. Seguimiento de enfermería en el tratamiento de las verrugas genitales [Internet] 2010. (citado 1 Dic 2015). Disponible en: file:///C:/Users/And/Downloads/Dialnet-SeguimientoDeEnfermeriaEnElTratamientoDeLasVerruga-4313594.pdf

- **Molusco contagioso:** lesión de etiología vírica (poxvirus), concretamente Molluscipoxvirus. Se presenta como pápulas rosadas o del color de la piel, de superficie lisa y con una umbilicación central característica.
- **Queratosis seborreica:** es de aspecto verrucoso y coloración parda o grisácea. Por lo general son lesiones redondeadas u ovaladas con una superficie elevada y áspera.

2.2.8. TIPOS DE INFECCION

1- La infección clínica: son los condilomas exófiticos o acuminados los cuales son visibles a simple vista aparecen como formaciones papilares, únicas o múltiples, en cresta de gallo, recubiertas por epitelio queratósico. En zonas pilosas simulan verrugas vulgares tienen una capa conectiva muy desarrollada, y la mayoría son debidos a VPH de tipos (6 y 11). Localizaciones más frecuentes en la mujer: introito, vestíbulo, labios menores y zonas perianal; es rara en el cérvix.

2- La infección subclínica: es de gran importancia, ya que al no ser aparentes las lesiones, se facilita el contagio; las lesiones pueden objetivarse mediante visión colposcópica en forma aplanada y múltiple en estas incluyen los condilomas planos e infección de VPH. Es la forma más frecuente de infección VPH en cérvix y se atribuye al efecto citopático del VPH, este tipo de infección es visible con colposcopio y ácido acético al 5% se asocia con frecuencia a neoplasia intraepitelial (NIC)

3- La infección latente: sin evidencia clínica ni histológica de lesión, sólo es posible detectarla con métodos de determinación del ADN. Se desconoce el tiempo y las condiciones para que una lesión latente evolucione a subclínica o clínica. Los estados de inmunodeficiencia pueden activar una infección latente.

2.2.9. FACTORES DE RIESGO Y CONDUCTA DE RIESGO

Los principales factores de riesgo para adquirir la infección por VPH son el número elevado de parejas sexuales o la edad temprana del primer coito. Otros factores descritos son el consumo de tabaco, la coexistencia de otras enfermedades de transmisión sexual, no usar preservativo, el bajo nivel educativo y los contactos sexuales con varones no circuncidados.

La base biológica que explica el aumento de riesgo asociado al tabaco es la alteración de la respuesta inmune frente al VPH observada en pacientes fumadores debida al descenso de las células de Langerhans positivas para S-100 y CD1a.

La inmunodepresión también se asocia a una mayor frecuencia de condilomas acuminados, así como de lesiones premalignas y malignas del tracto genital. El riesgo relativo de neoplasia cervical es cuatro veces superior en pacientes inmunodeprimidas con condilomas. Estas pacientes presentan una alteración de las citoquinas a nivel de las células epiteliales que favorece por un lado la aceleración del curso de las infecciones establecidas y por otro, la reactivación de las infecciones VPH latentes. Además, en estas pacientes, también se ha descrito una reactividad reducida de los linfocitos T citotóxicos contra las oncoproteínas virales E6 y E7. A pesar de lo anterior, no se ha demostrado un mayor riesgo de transformación carcinogénica de los condilomas acuminados en las pacientes inmunodeprimidas. En pacientes VIH positivas la terapia antiretroviral activa se asocia a una menor tasa de condilomas acuminados.

2.2.10. TRATAMIENTO DE CONDILOMAS ACUMINADOS

No existe cura para la condilomatosis, aunque en la mayoría la infección de las mujeres desaparece por sí sola, La elección del tratamiento depende de la localización, el tamaño, la cantidad y el tipo de verrugas, así como de la edad y la cooperación del paciente, sumados a la experiencia del médico.

1- ÁCIDO TRICLOROACÉTICO (agentes citóxico)

➤ Mecanismo de acción

Agente cáustico que destruye los condilomas por coagulación química de las proteínas y daño directo del ADN viral.

➤ Posología

Preparado mediante fórmula magistral (concentración del 80 al 90%) y aplicación en consulta, por parte del profesional sanitario. La aplicación debe ser selectiva sobre la lesión con un hisopo previamente empapado en la solución. No debe aplicarse sobre la piel sana que rodea la lesión por lo que es útil proteger el margen lesión con una barrera de vaselina. Tras su aplicación dejarlo secar al aire hasta que la zona adquiera un aspecto blanquecino. Durante el tratamiento, se deben evitar los cambios de posición para impedir la extensión del producto debido a su escasa viscosidad. La pauta de aplicación es semanal hasta un máximo de 10-12 semanas. La mayoría de lesiones se aclaran entre 4 y 6 semana.

➤ Efectos adversos

El más frecuente e inmediato es el dolor en la zona de aplicación como signo de sobreexposición al producto. En ese caso, se puede lavar la zona con solución bicarbonatada sódica. En casos extremos de sobre tratamiento se producen úlceras, erosiones y quemaduras.

➤ **Indicación**

Tratamiento de condilomas en genitales externos o mucosas (anogenitales), no voluminosos y extensos. Calidad de la evidencia: alta; Grado de recomendación: fuerte a favor. Muy difícil el análisis de las series publicadas. A pesar de la evidencia limitada, la práctica clínica aconseja, en determinados casos, efectuar tratamientos que impliquen la combinación de varias opciones, especialmente en casos con mala respuesta o riesgo de persistencia/recidiva como ocurre en pacientes inmunodeprimidas.

2- PODOFILOTOXINA (agente citotóxico)

➤ **Mecanismo de acción**

Impide la proliferación celular al inhibir la mitosis y la síntesis de ADN.

➤ **Posología**

Existen dos presentaciones, crema al 0.15% (1,5 mg/ gr; crema de 5 gr), para autoaplicación, y solución cutánea al 5% (5 mg/ml; frasco de 3ml), que aunque puede autoaplicarse, es un tratamiento potencialmente más lesivo por lo que su aplicación debe tutelarse para asegurar un adecuado cumplimiento. La podofilotoxina se aplica dos veces al día durante tres días consecutivos, seguido de un periodo de descanso de cuatro días. Esta pauta se repite hasta un máximo de cuatro ciclos para la crema y dos ciclos para la solución. La crema se puede aplicar con los dedos y la solución con un hisopo de algodón, siendo la aplicación lo más selectiva posible sobre las lesiones. Posteriormente se recomienda lavarse las manos y evitar el contacto con los ojos.

➤ **Efectos adversos**

Se han descrito reacciones cutáneas en el lugar de administración y destrucción de tejido en caso de aplicación excesiva (sobre todo en la formulación en solución), así como toxicidad neurológica sistémica, especialmente si se aplica en lesiones ulceradas con posibilidad de absorción del fármaco

➤ **Indicación**

Tratamiento de condilomas en genitales externos, perineales y perianales, no voluminosos y extensos. Está contraindicado en la gestación y durante la lactancia. Calidad de la evidencia: alta; Grado de recomendación: fuerte a favor.

3- IMIQUIMOD (agente Inmunomoduladores)

➤ **Mecanismo de acción**

Fármaco inmunomodulador que incrementa la respuesta inmune local mediada por interferón y otras citoquinas.

➤ **Posología**

- Aplicación de crema al 5% tres veces por semana no consecutivos durante un máximo de 16 semanas
- Aplicación de crema al 3,75% una vez al día durante un máximo de 8 semanas. La crema se aplica por la propia paciente, normalmente por la noche, y se recomienda lavar la zona con agua y jabón a las 6-10 horas de la aplicación. La paciente debe lavarse las manos antes y después de cada aplicación.

➤ **Efectos adversos**

El principal efecto secundario es la inflamación y el eritema local normalmente leve o moderado, aunque se han descrito casos

excepcionales de erosiones y secuelas como hipopigmentación postinflamatoria y liquen escleroatrófico. Las reacciones locales pueden reducirse efectuando períodos de descanso, o reduciendo la frecuencia de aplicación. A pesar de que la absorción sistémica es mínima, en algunos casos puede aparecer cefalea, astenia, mialgias y náuseas. Se ha relacionado el uso de imiquimod con el agravamiento de enfermedades inflamatorias y autoinmunes, como la psoriasis, el vitíligo o el lupus, o la aparición de reacciones a distancia como eritema multiforme o el síndrome de Stevens-Johnson.

➤ **Indicación**

Tratamiento de condilomas en genitales externos, perineales y perianales. No existen datos suficientes para recomendar el tratamiento en mujeres durante la gestación o lactancia, sin embargo, los estudios en animales no han demostrado efectos nocivos. Calidad de la evidencia: alta; Grado de recomendación: fuerte a favor.

4- POLIFENOL E (sincatequinas)

➤ **Mecanismo de acción**

Las sincatequinas son un extracto de las hojas del té verde (*Camellia sinensis*). La epigalocatequina galato es la catequina más importante. Es capaz de intervenir en múltiples vías de señalización celular, para finalmente inhibir el ciclo celular, activando la apoptosis de las células infectadas por el virus e inhibiendo la transcripción del VPH. Tiene, por lo tanto, una actividad antioxidante, antiviral y potenciadora inmunológica.

➤ **Posología**

La presentación comercializada en España es un tubo de 15 gr de pomada al 10% (en otros países, como EEUU se comercializa al 15%).

Se aplica tres veces al día, distribuyendo con el pulpejo de los dedos una capa fina de pomada sobre la superficie a tratar. No hay que lavar la zona después. Se aplica el tratamiento hasta la desaparición completa de las lesiones, con un máximo de 16 semanas.

➤ **Efectos adversos**

Aparecen hasta en el 80% de los casos. En general los efectos adversos como eritema y erosión son locales y se correlacionan con el aclaramiento lesional. Suelen aparecer a finales de la tercera semana, aunque es más la sospecha de neoplasia intraepitelial o invasora que haga necesario el estudio histológico de las lesiones. Calidad de la evidencia: baja; Grado de recomendación: fuerte a favor.

➤ **Justificación**

En una revisión reciente se ha reportado una tasa de eficacia que oscila entre el 89–100% y una tasa de recurrencia del 19-29% a los 10-12 meses de realizarse el tratamiento.

5- TRATAMIENTO ESCISIÓNAL

Consiste en la escisión de la totalidad de la lesión con bisturí frío o procedimientos electroquirúrgicos (bisturí eléctrico o aguja de diatermia). Se debe realizar hemostasia cuidadosa del lecho quirúrgico, sin que la cauterización se extienda a la grasa subcutánea o submucosa, lo que puede causar cicatrices antiestéticas, dolorosas o estenosis. Este procedimiento requiere anestesia (local, regional o general) e implica riesgos quirúrgicos habituales, tales como infección y hemorragia.

La ventaja de la intervención quirúrgica es que proporciona resultados inmediatos, especialmente en pacientes con condilomas grandes, obstructivos o extensos.

➤ **Indicación**

No se considera el tratamiento de elección en condilomas del área anogenital. Su uso estaría justificado en los siguientes casos:

1. fallo de los tratamientos previos
2. no disponibilidad de otros tratamientos
3. condilomas de gran volumen que requieren tratamientos combinados
4. ante la sospecha de neoplasia intraepitelial o invasora que haga necesario el estudio histológico de las lesiones.

Calidad de la evidencia: baja; Grado de recomendación: fuerte a favor.

6- CRIOTERAPIA (tratamiento destructivo)

➤ **Mecanismo de acción**

Basado en la destrucción de tejidos mediante necrosis epidérmica y dérmica producida con nitrógeno líquido a baja temperatura (-196°C).

➤ **Técnica**

Consiste en la aplicación de nitrógeno líquido sobre la lesión, ya sea pulverizándolo o con un bastoncillo previamente empapado. Otra opción es la aplicación de óxido nitroso o dióxido de carbono con una criosonda sobre la lesión. Se suele aplicar una vez por semana, realizando 2-3 secuencias de congelación/reposo por sesión. El tratamiento se repite cada 2-3 semanas hasta un máximo de 3-4 meses.

➤ **Efectos adversos**

Tras el tratamiento a veces se producen ampollas, que reepitelizan en pocos días. Rara vez produce cicatrices o cambios pigmentarios como secuela.

➤ **Indicación**

Tratamiento de condilomas acuminados de cualquier área del tracto anogenital. Calidad de la evidencia: alta; Grado de recomendación: fuerte a favor.

7- LÁSER CO2 (tratamiento destructivo)

➤ **Mecanismo de acción**

El fundamento físico del láser de CO2 se basa en la absorción por parte del agua de los tejidos de la energía que llega en forma de haz láser, consiguiéndose la vaporización del tejido por la ebullición de dicho agua.

➤ **Técnica**

Debe realizarse bajo control colposcópico y se lleva a cabo en el quirófano o centro de cirugía ambulatoria. Requiere anestesia regional o sedación y un aprendizaje previo específico. En función de la intensidad de potencia empleada, el tamaño del punto focal que incide en el tejido y el tiempo, los efectos del láser así como la profundidad de penetración en los tejidos son variables. Conviene no profundizar más de 1 mm para evitar secuelas cicatriciales. Deben utilizarse máscaras protectoras, y aspirador de humos. No está demostrada la infectividad de los fragmentos virales vaporizados que contiene el humo, pero estas medidas permiten reducir las molestias asociadas a la inhalación del mismo.

➤ **Efectos adversos**

Los eventos adversos son en general leves e incluyen cicatrices y dolor.

➤ **Indicación**

Tratamiento de condilomas en cualquier área del tracto anogenital.

Calidad de la evidencia: baja; grado de recomendación: débil a favor.²⁰

TRATAMIENTO DE CONDILOMAS EN OTRAS ÁREAS DEL TRACTO GENITAL

✓ **Vagina**

Los condilomas vaginales generalmente son lesiones multifocales y extensas. Los tratamientos de elección son los tratamientos destructivos como la crioterapia, la vaporización con láser de CO₂, y electrocoagulación diatérmica o los tratamientos citotóxicos como el ácido tricloroacético.

La podofilotoxina está contraindicada por el riesgo de absorción sistémica. Los tratamientos inmunomoduladores como imiquimod y las sinecatequinas no se recomiendan tanto por el riesgo de mucositis grave como por la posible absorción sistémica de los mismos.

✓ **Cuello uterino**

La presencia de condilomas acuminados en el cuello del útero implica realizar una colposcopia antes de tomar una decisión terapéutica. Los casos en los que no existe SIL pueden tratarse con láser de CO₂, crioterapia, electrocirugía o ácido tricloroacético. Podofilotoxina,

²⁰ Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Guía condiloma acuminado. [Internet] 2015. (citado 1 Dic 2015). Disponible en: http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/03/AEPCC_revista04-ISBN.pdf

imiquimod y sinecatequinas no se recomiendan por las mismas razones expuestas anteriormente.

✓ **Ano**

En los condilomas acuminados intra-anales el tratamiento de elección es destructivo. Puede considerarse el uso de ácido tricloroacético o bien el uso de crioterapia en lesiones pequeñas y escasas. En casos extensos el tratamiento de elección es la cirugía, mediante electrocoagulación, láser CO2 o coagulación mediante infrarrojos. A pesar de que no está aprobado su uso en mucosas, el imiquimod en crema o en supositorios se ha utilizado en series de casos y ensayos clínicos como coadyuvante a la cirugía en casos de verrugas intra-anales extensas con resultados prometedores.

2.2.11. CONDILOMA Y EMBARAZO

El embarazo favorece la aparición de condilomas en la región anogenital, ya que durante los dos primeros trimestres de la gestación, la inmunidad está disminuida contra el VPH, que explica la mayor frecuencia de persistencia de los mismos durante el embarazo. Pero esto se recupera de forma intensa al principio del tercer trimestre y se acentúa en el post-parto, con una depuración muy alta de la infección. La frecuencia de condilomas en el embarazo oscila desde 1 al 3%. La localización más frecuente es: vulvoperineal (80%), vaginal (35%) y en cérvix (20%).

2.2.12. TRATAMIENTO EN EL EMBARAZO POR CONDILOMAS

Puede haber una respuesta incompleta al tratamiento durante el embarazo, pero las lesiones suelen mejorar o experimentar regresión con rapidez después del parto. En consecuencia, no siempre es necesaria la erradicación de las verrugas durante el embarazo. El tratamiento se orienta a reducir al mínimo la toxicidad del mismo para la madre y el feto y a reducir

el volumen de las verrugas genitales sintomáticas. Se dispone de varios fármacos, pero el embarazo limita su empleo. Se utiliza ácido tricloroacético, en solución al 80 a 90%, aplicado en forma tópica una vez a la semana es un esquema eficaz para las verrugas externas. Algunos prefieren crioterapia, ablación con láser o escisión quirúrgica (Arena et., al 2001; Centers for Disease Control and prevention.2006b). Durante el embarazo no se recomienda resina de podofilina, podofilox en solución o gel al 0,5%, crema de imiquimod al 5% ni tratamiento con interferón debido a problemas de toxicidad materna y fetal.²¹

2.2.12. MANEJO DE LA GESTANTE

Durante la gestación las lesiones genitales tienen tendencia a proliferar y a ser friables (se rompen o desmenuzan fácilmente). El valor preventivo de la cesárea se desconoce. La cesárea estará indicada solo cuando las verrugas genitales obstruyen el conducto vaginal, pudiendo provocar el riesgo de un sangrado excesivo.²²

2.2.13. RIESGOS DE TRANSMISIÓN VERTICAL

El riesgo de transmisión vertical o de infección persistente en el recién nacido es muy bajo. Existe controversia acerca de la posible génesis de papilomas laríngeos en los recién nacidos por contaminación en el canal del parto, aspiración de líquido amniótico e incluso también a través del semen por infección ascendente a partir de la madre. Un estudio danés

²¹ Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Huath JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetricia. 23° Edición Tomo II México 2011. Págs. 1245-1246.

²² Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual [Internet] 2006. (citado 15 Enero 2015) Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/vihsida/GuiaNacionalITS_Dic2006.pdf

demográfico indico un riesgo de trasmisión neonatal de siete por 1.000 mujeres infectadas (Silverbeng et al., 2003).

Los mecanismos de transmisión pueden ser intraútero, a través del canal del parto e incluso postnatal. En todo caso el mayor riesgo para el recién nacido es el antecedente materno de condilomatosis genital durante el embarazo y no su paso a través del canal del parto, motivo por el cual la mayoría de los autores consideran que no está indicada la cesárea para finalizar la gestación.²³

2.2.14. MANEJO PREVENTIVO DE LAS I.T.S

Brindar información relacionada a infecciones de transmisión sexual y promover conductas sexuales sin riesgo o de menor riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual.

- Fomentar la referencia y tratamiento de los contactos sexuales, ofreciendo toda ayuda necesaria para informar a estos sobre su exposición y probabilidad de infección con infecciones de trasmisión sexual
- Fomentar el cumplimiento del trabajo indicado y de controles programados
- Promover el uso de condón y enseñar a usarlos correctamente ²⁴

²³ Martínez M. Condilomatosis Genital y Embrazo Asociado a Corioamnionitis y Parto Prematuro. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. [Internet] 2004. (citado 1 Dic 2015). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000500009

²⁴ Guía de Manejo Sindromicos de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en EsSalud. [Internet] 2010. (citado 18 enero 2015). Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/284604417/Guia-para-El-Manejo-Sindromico-de-Las-Infecciones-de-Transmision-Sexual-ITS-en-EsSalud-2010#scribd>

2.2.15. COMPLICACIONES

En la recién nacida y en las niñas mayores pueden desarrollarse el condiloma acuminado, en la región vulvar y en la zona perineal por contagio de la madre. Los papilomas laríngeos en el recién nacido constituyen una grave complicación, que se produce por contaminación en el curso del parto vaginal.²⁵

2.2.16. PREVENCIÓN PRIMARIA DE LOS CONDILOMAS (VACUNA PROFILÁCTICA FRENTE AL VPH)

La medida preventiva más eficaz para evitar la aparición de los condilomas acuminados es la vacunación contra el VPH.

En la actualidad existen dos vacunas profilácticas frente al VPH. Gardasil (vacuna tetravalente) que incluyen los genotipos relacionado con los condilomas acuminados, y Cervarix (vacuna bivalente), no incluye en su formulación genotipos implicados en la génesis de condiloma acuminados.

La vacuna que contienen los genotipos 6 y 11 es el método más eficaz para la prevención primaria de los condilomas acuminados, obteniéndose la máxima efectividad si se administra antes de inicio de las relaciones.²⁶

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

✓ **Ácido desoxirribonucleico (ADN):** Molécula que incluye los constituyentes químicos básicos del cromosoma y tiene forma de doble hélice, cada filamento contiene un azúcar (desoxirribosa), un fosfato y una base púrica (adenina guanina) o una pirimidinica (tiamina, citosina), la secuencia de estas bases determina el código del mensaje genético.

²⁵ Mongrud A. Tratado de Obstetricia Normal y Patología 5ta Edición Lima - Perú 2011. Pág. 432.

²⁶ Pacheco J. Ginecología Obstetricia y Reproducción. Tomo I 2da edición 2007 Lima, Perú Pág. 727.

- ✓ **Antígeno:** Sustancia generalmente proteica, que el cuerpo reconoce como extraña y que puede inducir una respuesta inmunitaria.

- ✓ **Atípico:** Enfermedad u objeto que no es de un tipo habitual o estándar.

- ✓ **Benigno:** (Relativo a un tumor). No canceroso y, por lo tanto que no representa una amenaza inmediata para la vida, aunque finalmente se requiera tratamiento por razones estéticas o de salud.

- ✓ **Cepa:** Subgrupo taxonómico de una especie.

- ✓ **Coilocitosis:** Cambio celular asociado con la infección por papilomavirus, que incluye la cavitación perinuclear y la atipia nuclear.

- ✓ **Colposcopia:** Examen visual de la vagina. Puede hacerse a simple vista o mediante instrumentos o aparatos que manifiestan la imagen del sector o de la zona que se observa.

- ✓ **Condiloma acuminado:** Crecimiento verrugoso en el cuello uterino debido a una infección por papilomavirus humano.

- ✓ **Condiloma plano:** Excrecencia lisa húmeda, papulosa, que se observa en la sífilis secundaria en el surco del periné o en el glande del pene.

- ✓ **Crioterapia:** Tratamiento consiste en la aplicación de frío como medio de destrucción.

- ✓ **Epitelio:** Revestimiento de los órganos internos y externos del cuerpo; incluida la cubierta de los vasos, cavidades orgánicas, glándulas y órganos. Está formada por células unidas entre sí por material conjuntivo, variando el número de capas y las clases de células.

- ✓ **Factores de Riesgo:** Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

- ✓ **Genoma:** Juego completo de genes en los cromosomas de cada una de las células de un determinado organismo.

- ✓ **Hibridación:** Proceso de producir híbridos mediante entrecruzamiento.

- ✓ **HPV:** Virus Papiloma Humano

- ✓ **Incidencia:** Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

- ✓ **Subclínico:** relativo a una enfermedad o anomalía tan leve que no provoca síntomas.²⁷

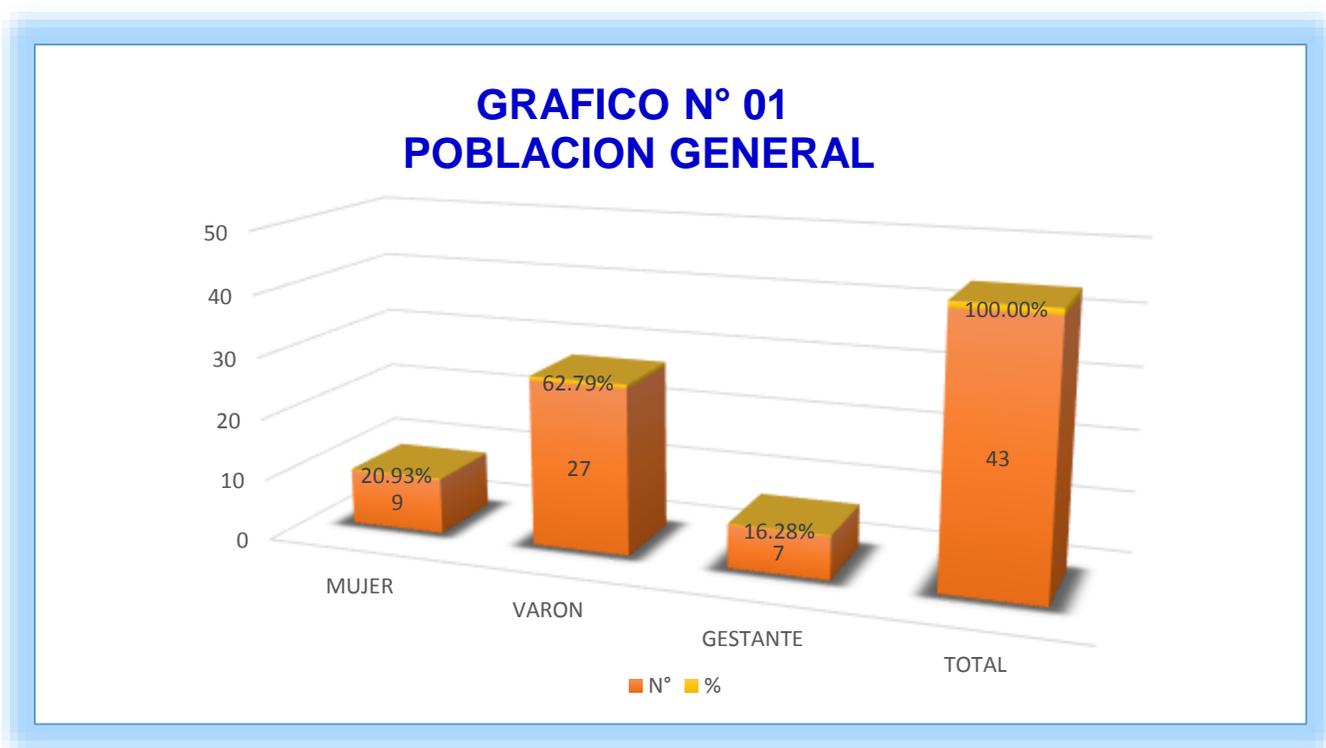
²⁷ Mosby pocket. Diccionario de medicina, enfermería y ciencia de la salud 6ta edición

CAPÍTULO III
PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROppo CHINCHA -2014”

CUADRO N° 01		
SEGÚN POBLACION GENERAL	N°	%
MUJER	9	20.93%
VARON	27	62.79%
GESTANTE	7	16.28%
TOTAL DE MUESTRA	43	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos de los usuarios del “HRTG”

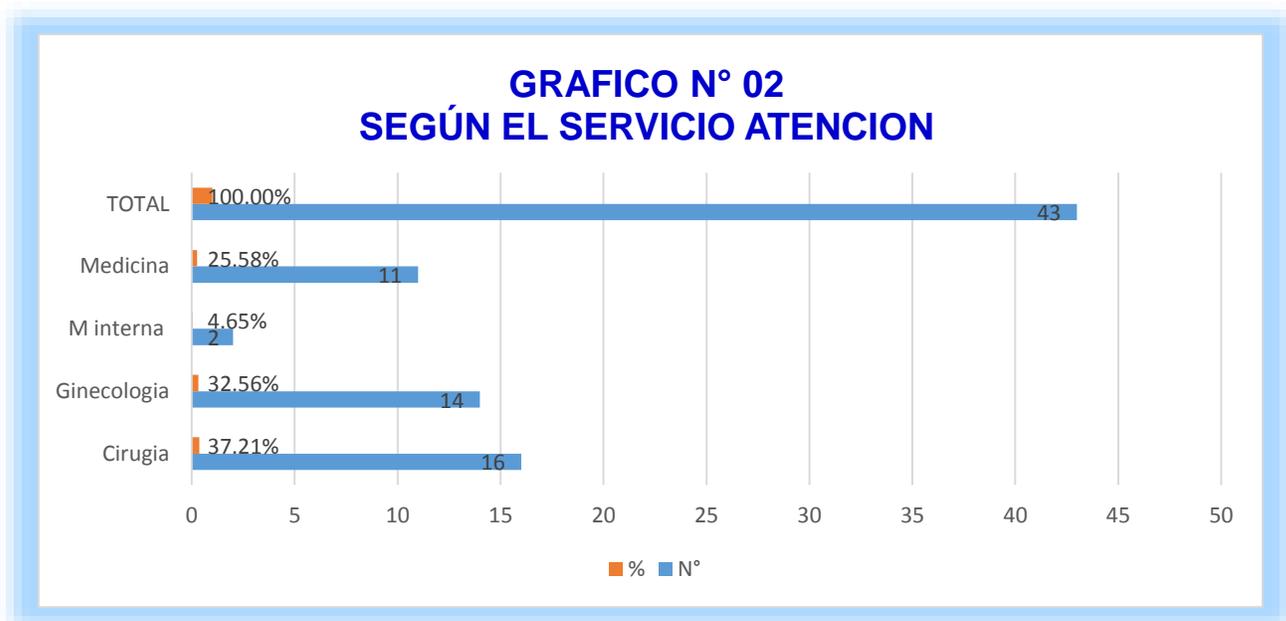


Del Cuadro N°01 y su correspondiente gráfico observamos que la mayor parte de la muestra (62.79%) son varones, el (20.93%) son mujeres y el (16.28%) gestantes.

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROppo CHINCHA -2014”

CUADRO N° 02		
SEGÚN EL SERVICIO DE ATENCION	N°	%
CIRUGIA	16	37.21%
GINECOLOGIA	14	32.56%
M .INTERNA	2	4.65%
MEDICINA	11	25.58%
TOTAL DE MUESTRA	43	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos de los usuarios del “HRTG”

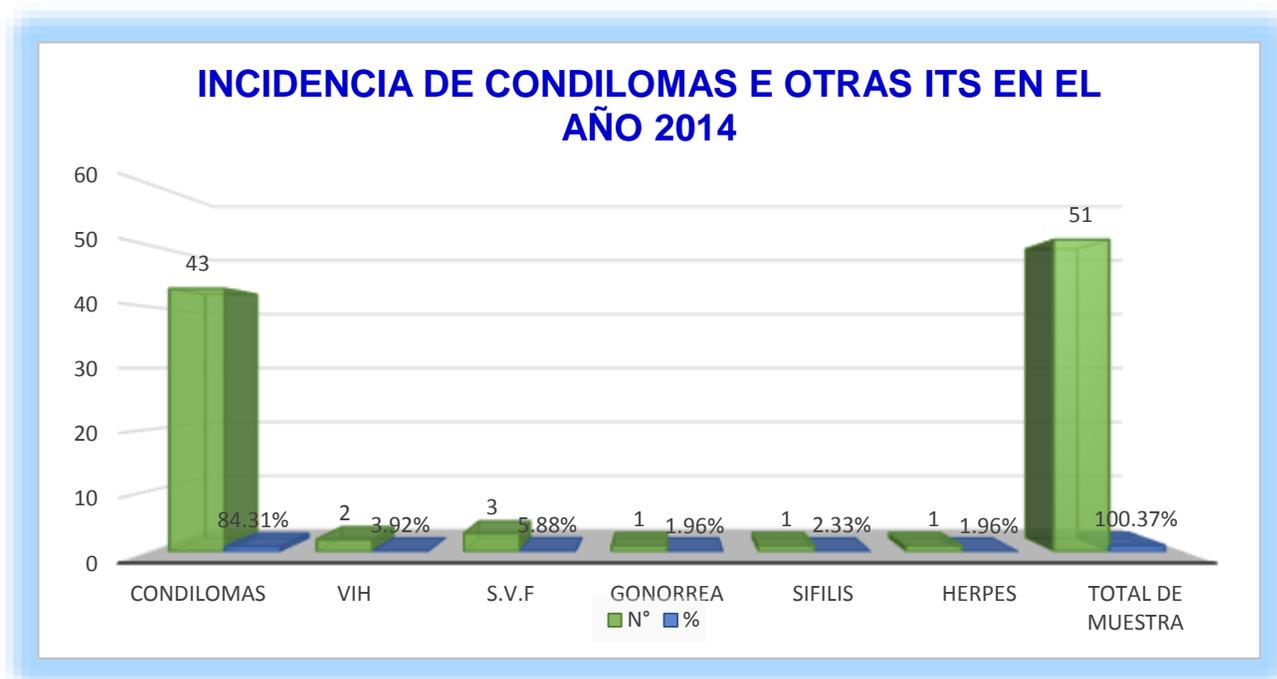


Del Cuadro N°02 y su correspondiente gráfico observamos que los pacientes fueron atendidos mayormente por el servicio de cirugía ya que los condilomas se localizaban en zonas muy comprometidas como: ano, periné e ingle lo cual fueron diagnosticados años atrás por condilomas.

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROPO CHINCHA -2014”

CUADRO N° 03		
INCIDENCIA DE CONDILOMATOSIS E OTRAS ITS EN EL AÑO 2014	N°	%
CONDILOMAS	43	84.31%
VIH	2	3.92%
SINDROME DE FLUJO VAGINAL	3	5.88%
GONORREA	1	1.96%
SIFILIS	1	2.33%
HERPES	1	1.96%
TOTAL DE MUESTRA	51	100.37%

Fuente: Ficha de recolección de datos de los usuarios del “HRTG”



Del Cuadro N°03 y su correspondiente gráfico observamos que la incidencia por condilomas es alta para la población a diferencia a otras ITS.

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROPO CHINCHA -2014”

CUADRO N° 04		
SEGÚN INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES	N°	%
11-15 AÑOS	18	41.86%
16-20 AÑOS	25	58.14%
21-25 AÑOS	0	0.00%
> 26 AÑOS	0	0.00%
TOTAL DE MUESTRA	43	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos de los usuarios del “HRTG”

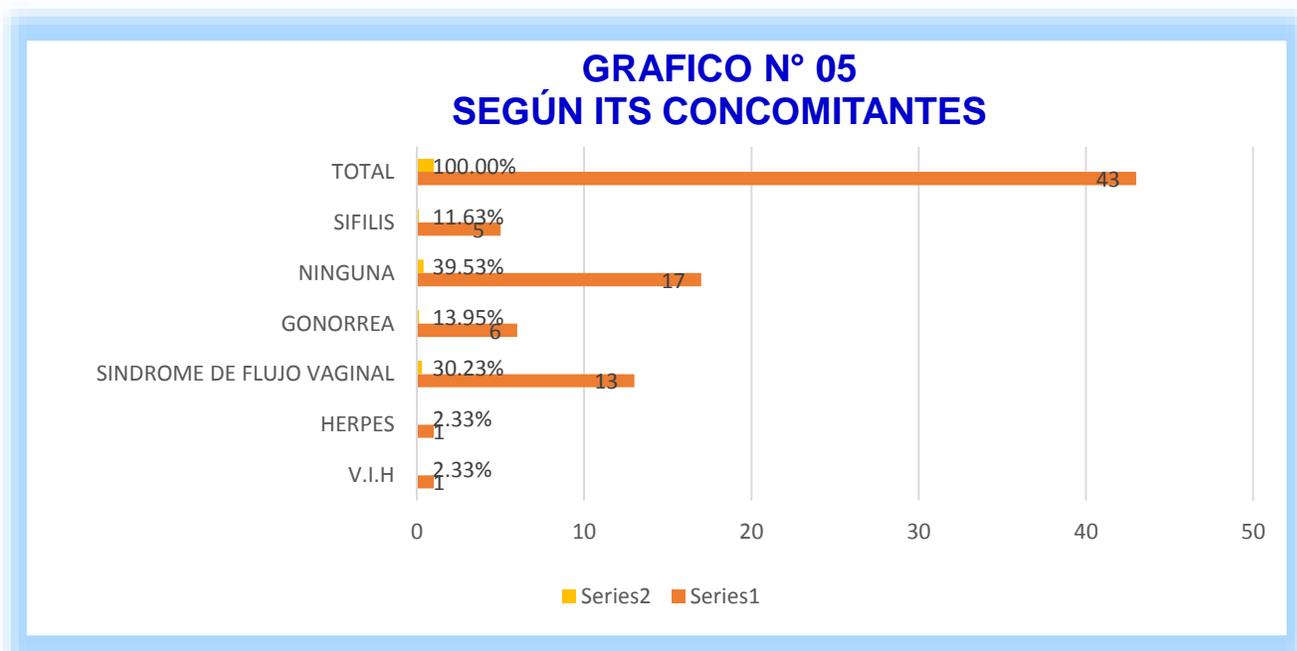


Del Cuadro N°04 y su correspondiente gráfico observamos que el 58% han iniciado su experiencia sexual antes de los 20 años. Existe un 41.86% cuyo inicio sexual está comprendido desde los 11 hasta los 15 años, es decir cuando aún no se ha adquirido una madurez suficiente para practicar las relaciones sexuales con responsabilidad, desconociendo, quizás, sobre los riesgos que existen cuando se tiene 2 o más parejas sexuales y no se han adoptado el uso de preservativo.

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROppo CHINCHA - 2014”

CUADRO N° 05		
ITS CONCOMITANTE A CONDILOMATOSIS	N°	%
V.I.H	1	2.33%
HERPES	1	2.33%
SINDROME DE FLUJO VAGINAL	13	30.23%
GONORREA	6	13.95%
NINGUNA	17	39.53%
SIFILIS	5	11.63%
TOTAL DE MUESTRA	43	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos de los usuarios del “HRTG”



Del Cuadro N°05 y su correspondiente gráfico observamos que no solo la Condilomatosis es una de las infecciones más comunes en la población, sino que además se presentan otros casos de Infecciones tales como: Síndrome de Flujo vaginal (30.23%), Gonorrea (13.95%), Sífilis (11.63%), Herpes (2.33%) y VIH (2.33%)

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROppo CHINCHA -2014”

CUADRO N° 06		
USO DE PRESERVATIVO	N°	%
SI USA	4	9.30%
NO USA	25	58.14%
NO SE REPORTO	14	32.56%
TOTAL DE MUESTRA	43	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos de los usuarios del “HRTG”

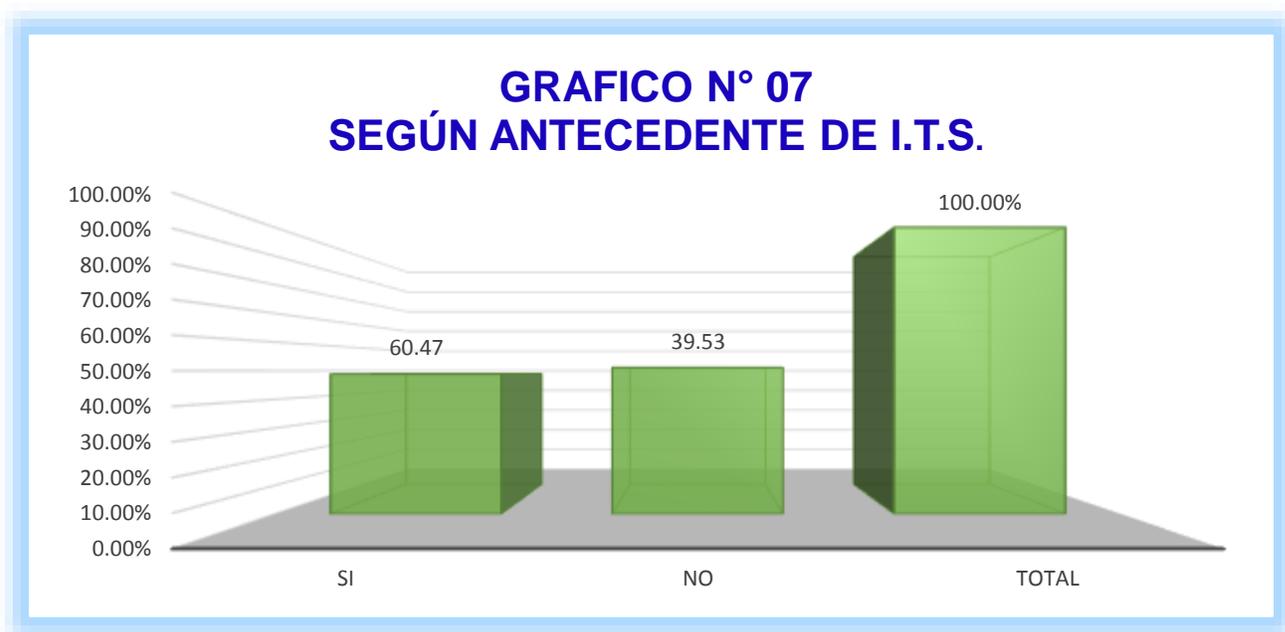


El Cuadro N° 06 nos muestra que existe mucha resistencia al uso del preservativo por parte de la población, ya que el 58.14% de la muestra del presente estudio No Usa preservativos durante la práctica sexual. Por lo tanto, se puede indicar que el no utilizar preservativos durante la práctica sexual es uno de los factores para la trasmisión de Infecciones como la Condilomatosis.

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROPO CHINCHA -2014”

CUADRO N° 07		
SEGÚN ANTECEDENTES DE I.T.S.	N°	%
SI	26	60.47%
NO	17	39.53%
TOTAL DE MUESTRA	43	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos de los usuarios del “HRTG”

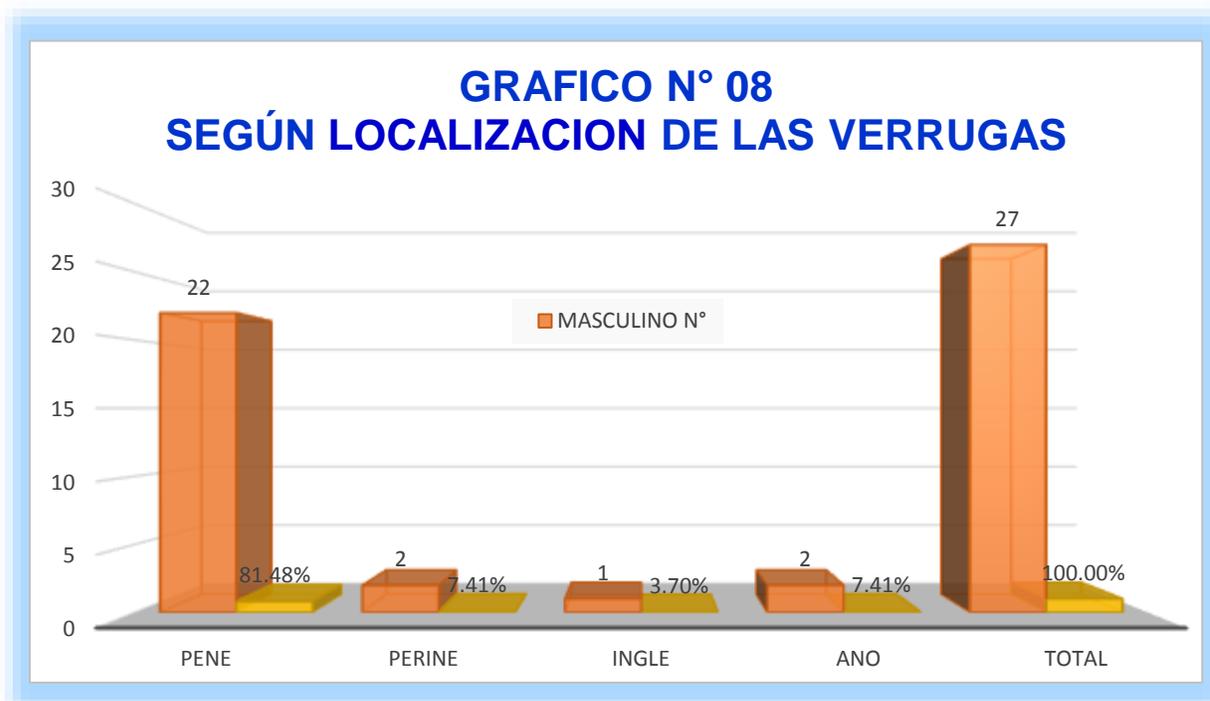


El Cuadro N° 07 evidencia que el 60.47% de la muestra tiene Infecciones de Transmisión Sexual concomitante, por lo tanto están expuestos a adquirir infecciones cada vez que tengan relaciones sexuales y no se adopten los cuidados respectivos.

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROppo CHINCHA -2014”

CUADRO N° 08		
HOMBRES		
LOCALIZACION DE LAS VERRUGAS	N°	%
PENE	22	81.48%
PERINE	2	7.41%
INGLE	1	3.70%
ANO	2	7.41%
TOTAL DE MUESTRA	27	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos de los usuarios del “HRTG”

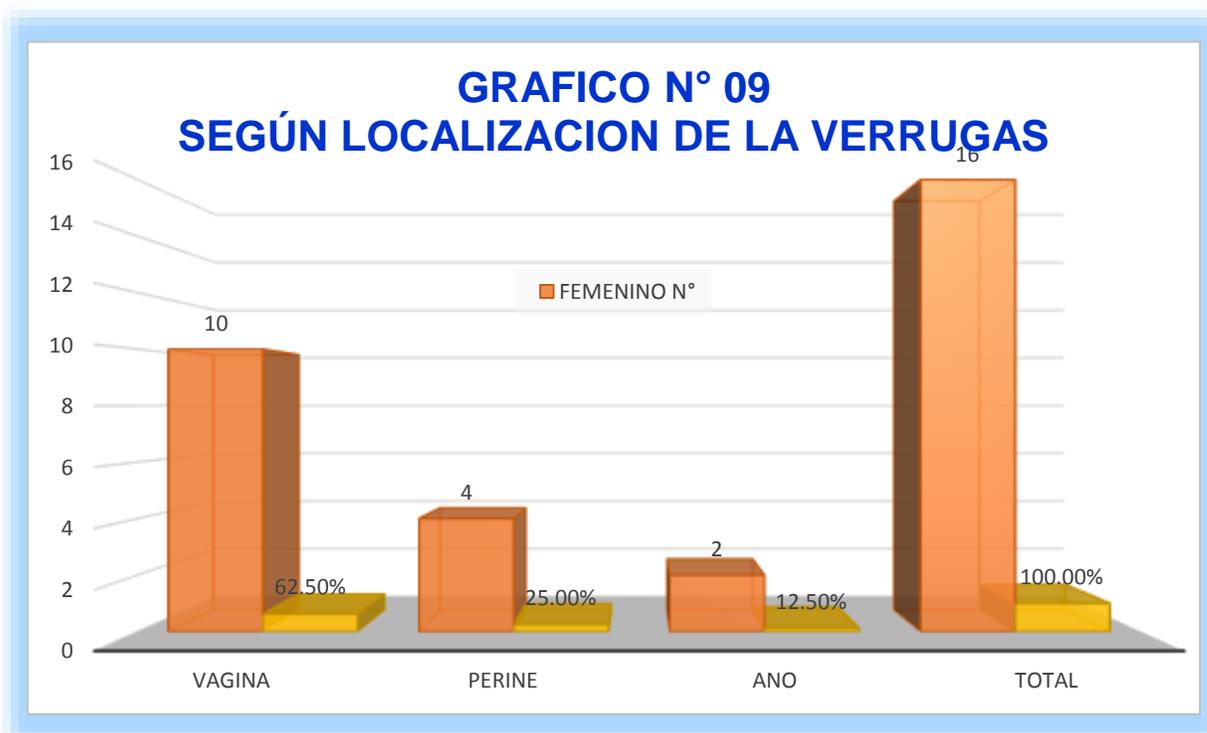


El Cuadro N° 08 y su correspondiente gráfico observamos que las verrugas en su mayoría se encuentran localizadas alrededor del pene con un 81.48%.

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROPO CHINCHA -2014”

CUADRO N° 09		
FEMENINO		
LOCALIZACION DE LAS VERRUGAS	N°	%
VAGINA	10	62.50%
PERINE	4	25.00%
ANO	2	12.50%
TOTAL	16	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos de los usuarios del “HRTG”

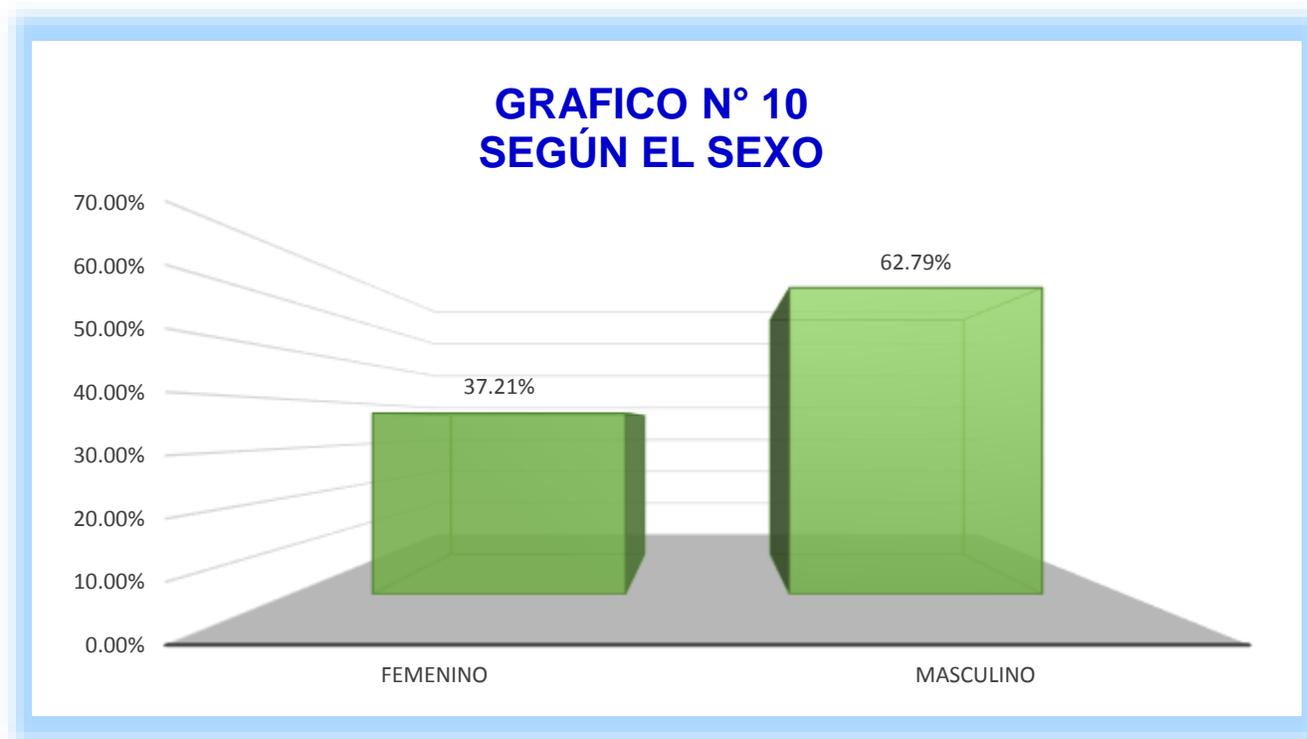


El Cuadro N° 09 y su correspondiente gráfico observamos que las verrugas en su mayoría se encuentran localizadas alrededor de la vagina con un 62.50%.

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROPO CHINCHA -2014”

CUADRO N° 10		
SEGÚN SEXO	N°	%
FEMENINO	16	37.21%
MASCULINO	27	62.79%
TOTAL DE MUESTRA	43	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos de los usuarios del “HRTG”

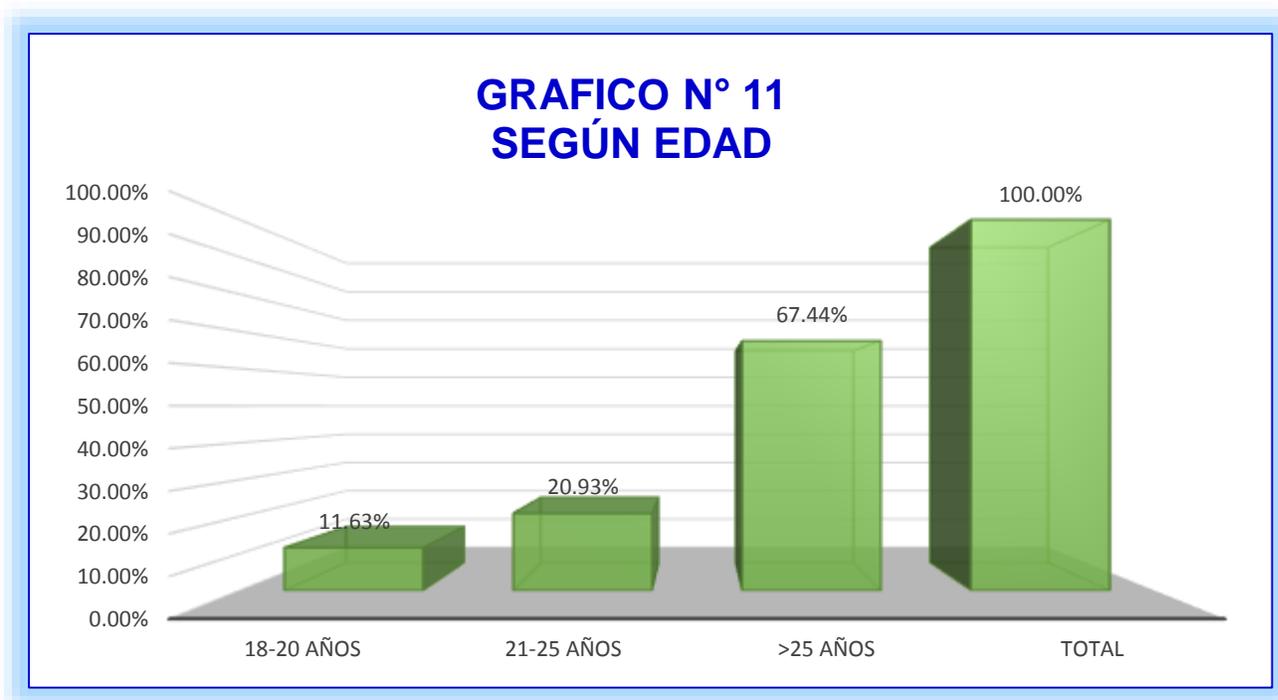


Del tamaño total de la muestra de personas que presentan Condilomatosis, el 62.79% es de sexo masculino, lo que guarda relación con lo expuesto en el Cuadro N° 05, donde se evidencia en varios casos la no utilización de preservativos durante la práctica sexual.

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROppo CHINCHA -2014”

CUADRO N° 11		
SEGÚN EDAD	N°	%
18-20 años	5	11.63%
21-25 años	9	20.93%
>25 años	29	67.44%
TOTAL DE MUESTRA	43	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos de los usuarios del “HRTG”

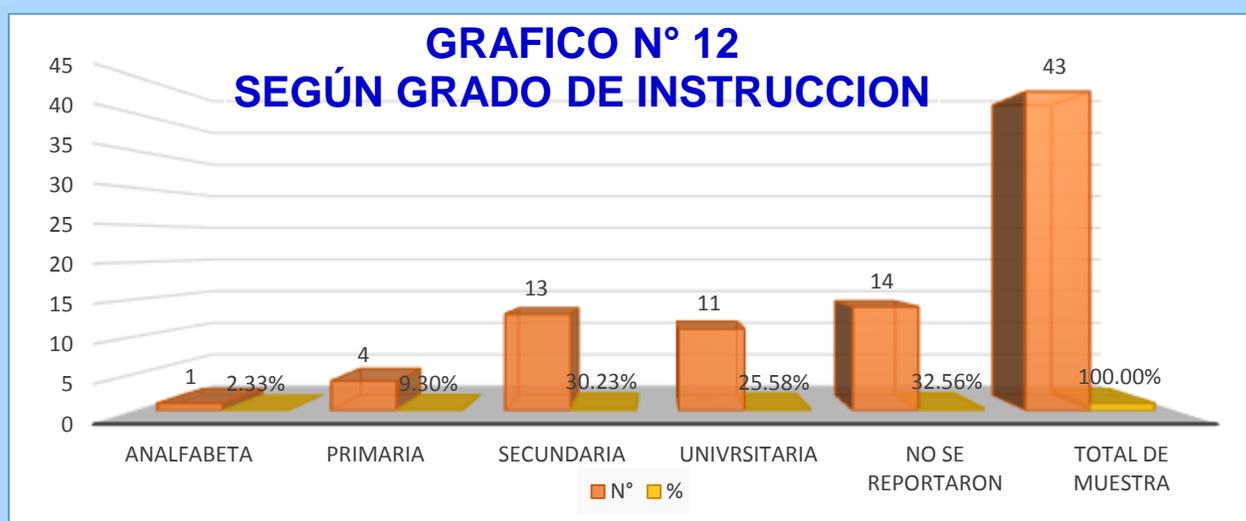


El Cuadro N° 11 nos muestra que el 67.44% de la muestra superan los 25 años. Esto pudiera explicarse por cambios en las prácticas sexuales con la edad, o también por inmunidad adquirida en el tiempo a la infección.

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROPO CHINCHA -2014”

CUADRO N° 12		
SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
ANALFABETA	1	2.33%
PRIMARIA	4	9.30%
SECUNDARIA	13	30.23%
UNIVERSITARIA	11	25.58%
NO SE REPORTARON	14	32.56%
TOTAL DE MUESTRA	43	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos de los usuarios del “HRTG”

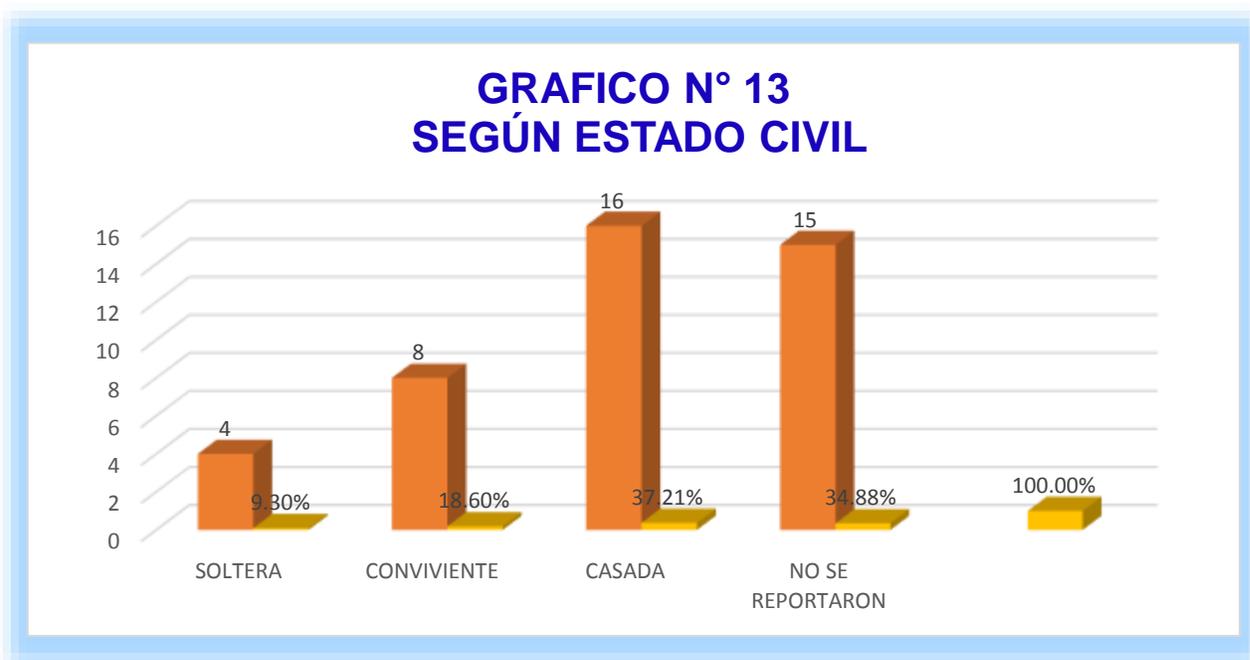


Cuadro N° 12 y su correspondiente gráfico observamos que la mayor parte de la muestra (41.86%) no tiene Educación Superior, lo cual limita su capacidad a informarse sobre las (I.T.S.), teniendo como consecuencia que el poco nivel de instrucción es una de las causas de incidencia de la enfermedad: Condilomatosis. Sin embargo existe un 25.58% que también ha adquirido la infección a pesar de tener conocimientos de educación superior, lo que evidencia la necesidad de tener campañas de salud más agresivas dirigidas a la población de todos los estratos sociales para mitigar el contagio de la infección a través de las relaciones sexuales.

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROppo CHINCHA -2014”

CUADRO N° 13		
SEGÚN ESTADO CIVIL	N°	%
SOLTERO/a	4	9.30%
CONVIVIENTE	8	18.60%
CASADO/a	16	37.21%
NO SE REPORTARON	15	34.88%
TOTAL DE MUESTRA	43	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos de los usuarios del “HRTG”



Del Cuadro N°13 y su correspondiente gráfico observamos en cuanto al estado civil la mayor incidencia de condilomatosis se encontró en pacientes casados (37.21%) por lo tanto manifiesta que mantiene más de una pareja sexual.

DISCUSIÓN

- Se realizó una investigación de tipo descriptiva a fin de determinar la incidencia y factores de riesgo encontrándose así que en el Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chincha los pacientes con diagnóstico de condilomatosis periodo 2014. Tuvo una incidencia de 1% es decir 1 de cada 100 personas atendidas tiene condilomatosis, siendo esta población de igual incidencia según los estándares nacionales e internacionales para I.T.S – VIH y cáncer de cuello uterino.
- Se Identificaron factores de riesgo como: inicio precoz de relaciones sexuales obteniendo un 58.14% de la población en estudio, donde tenemos una media de IRS± 17.1. Este resultado coincide con el estudio realizado por **Cedeño A. (2013)**. Donde la edad de inicio de relaciones sexuales fue de 16 a 17 años con un 36.5%.
- Con respecto a enfermedades asociadas, predominio el síndrome de flujo vaginal con (30.23%) estas en su mayoría en el sexo femenino. Este resultado coincide con el estudio realizado por **Ferra T. (2008)**. Donde se apreció que la tercera parte de los pacientes presentaban enfermedades asociadas, con predominio de la infección por candida albicans con (9,7%).
- Con respecto a la edad obtuvimos un 67.44% supera los 25 años. Este resultado no coincide con el estudio realizado por **Mieles M. (2013)**. Donde la condilomatosis genital predomino en edades entre 20 y 26 años.
- Con respecto al sexo la infección predomino más en el género masculino 62.79% .Este resultado coincide con el estudio realizado por **Trujillo I. (2013)**. Donde el género masculino fue el más frecuente en el estudio (83.1%).

- En cuanto al grado de instrucción en mi investigación encontré que el mayor porcentaje obtuvo aquellos que no tenían educación superior con (41.86%). Este resultado no coincide con el estudio realizado por **Cabrera G. (2011)**. Donde la condilomatosis genital predominó más en el nivel escolar superior (66,7%).
- Respecto al estado civil se evidencia que los casados fueron los más afectados con (37.21%). Este resultado no coincide con el estudio realizado por **Trujillo I. (2013)**. Donde predominaron los solteros (70,3%) sobre los otros estados civiles.

CONCLUSIONES

1. Del estudio realizado puedo llegar a la conclusión que la condilomatosis es una de las ITS más frecuente en mi población de estudio, a diferencia de otras ITS tales como: VIH, Gonorrea, Síndrome de flujo vaginal, herpes y sífilis.
2. Se observó que el inicio precoz de las relaciones sexuales influyo en mi población de estudio a contraer condilomatosis.
3. Se observó que el no uso de preservativo influyo en la población en estudio a no solo contagiarse de condilomas si no a otras ITS más compleja como el VIH.

RECOMENDACIONES

1. Promover la educación sexual en la población, poniendo mayor énfasis a los temas sobre las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), especialmente dando a conocer la condilomatosis.
2. Promover el uso del preservativo en las prácticas sexuales de la población heterosexual y homosexual, con ello se puede reducir el riesgo de trasmisión de condilomas.
3. Retardar el inicio precoz de las relaciones sexuales en poblaciones vulnerables mujeres, hombres y adolescentes. Se debe dar a conocer sobre los beneficios de una buena práctica sexual en pareja practicando la fidelidad, el respeto y el cuidado de nuestro organismo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1.-Organización Mundial Salud Infecciones de transmisión sexual. [Internet] 2015. (Citado 1 Dic 2015). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

2.- Ochoa F. Virus de Papiloma Humano Instituto Nacional de Cancerología, México D.F., México Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-virus-del-papiloma-humano-desde-90380596>

3.-Gonzales G. tratamiento de las verrugas genitales: una actualización. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. [Internet] 2015. (Citado 1 Dic 2015). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100012

4.- Ministerio de salud boletín estadístico sobre infecciones de transmisión sexual Perú: 2002 - 2011 Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/contenido/4857.pdf>

5.-Leyva D. Efecto de la presencia de factores de riesgo de condiloma acuminado anal, en su recidiva, en pacientes atendidos por consulta externa de Proctología del Hospital del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2013. Santiago de Guayaquil. [Internet] 2014. (citado 10 Dic 2015) Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/3418/1/T-UCSG-PRE-MED-308.pdf>

6.-Álvarez M. Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Revista Habanera de Ciencias Médicas. [Internet] 2014. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200012

7.-Trujillo I. Caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica de pacientes con condiloma acuminado Revista. Dermatológico Perú 2014 [Internet] 2013. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/dermatol.peru/v24n2/a3.pdf>

8.-Cedeño A. Incidencia de la condilomatosis genital en el embarazo y su pronóstico sobre el parto vaginal en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el periodo de septiembre del 2012 a febrero 2013. [Internet] 2013. (Citado 10 Dic 2015) Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1828/1/tesis%20incidencia%20de%20condilomatosis%20genital%20en%20el%20embarazo.pdf>

9.-Mieles M. Prevalencia y factores de riesgo de condiloma acuminado en mujeres atendidas en la Maternidad Enrique Sotomayor de Guayaquil 2009 -2011. [Internet] 2011. (Citado 10 Dic 2015) Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7463/1/MIELES%20mireya.pdf>

10.-Cabrera G. Principales características clínico epidemiológicas de pacientes afectados por condilomatosis. [Internet] 2011. (Citado 10 Dic 2015) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2011000400007&script=sci_arttext.

11.-Ferra T. Algunos aspectos epidemiológicos de los condilomas acuminados. Estudio de 307 casos. Rev. Arch. Medico de Camagüey. [Internet] 2008. (citado 10 Dic 2015) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000300010

12.- Dionicio J. 2006 “los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes ante las enfermedades de transmisión sexual estudio comparativo en la población de la costa y sierra”. [Internet] Lima - Huánuco 2004. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1806>

13.-Choque A. Condiloma acuminado. Revista científica ciencia médica [Internet] 2011. (Citado 10 Dic 2015) Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332011000100013

14.-Saavedra A. Infecciones de transmisión sexual. CS Santa Fe. Granada. [Internet] 2010. (Citado 10 Dic 2015) Disponible en:http://amf-semfyc.com/upload_articles_pdf/Infecciones_de_transmision_sexual.pdf

15.-Romo A. Infección por el Virus Papiloma Humano en Varones parejas de Mujeres Infeccionadas y Concordancia del tipo Viral [Internet] 2011. (citado 1 Dic 2015) Disponible en:http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/110824/1/DME_Romo_Melgar_A_InfeccionPorVirus.pdf.

16.-Sánchez L. Dermatología Peruana. Condiloma acuminado [Internet] 2014. (Citado 1 Dic 2015). Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/dermatol.peru/v24n2/a1.pdf>

17.- Fuenzalida H, Espinoza M. Actualización en Verrugas Genitales Externas: Diagnóstico, Clasificación y Tratamiento. Rev Chilena Dermatol 2007; 23(2):126-33.

18.- Fernández O. Condiloma Acuminados. Guías clínicas 2004; 11: 83-86 [Internet] 2004. (citado 1 Dic 2015). Disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/07/12A_Fisterra_N11_2.pdf

19.-Nogueras I. Seguimiento de enfermería en el tratamiento de las verrugas genitales [Internet] 2010. (citado 1 Dic 2015). Disponible en: <file:///C:/Users/And/Downloads/DialnetSeguimientoDeEnfermeriaEnElTratamientoDeLasVerruga-4313594.pdf>

20.-Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Guía condiloma acuminado. [Internet] 2015. (citado 1 Dic 2015). Disponible en: http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/03/AEPCC_revista04-ISBN.pdf

21.-Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Huath JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetricia. 23° Edición Tomo II México 2011. Págs. 1245-1246.

22.-Guía Nacional de Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual [Internet] 2006. (citado 15 Enero 2015) Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/vihsida/GuiaNacionalITS_Dic2006.pdf

23.-Martínez M. Condilomatosis Genital y Embrazo Asociado a Corioamnionitis y Parto Prematuro. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. [Internet] 2004. (citado 1 Dic 2015). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000500009

24.-Guía de Manejo Sindromicos de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en EsSalud. [Internet] 2010. (citado 18 enero 2015). Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/284604417/Guia-para-El-Manejo-Sindromico-de-Las-Infecciones-de-Transmision-Sexual-ITS-en-EsSalud-2010#scribd>

25.-Mongrud A. Tratado de Obstetricia Normal y patología 5ta Edición Lima - Perú 2011. Pág. 432.

26.-Pacheco J. Ginecología Obstetricia y Reproducción. Tomo I 2da edición 2007 Lima, Perú Pág. 727.

27.-Mosby pocket diccionario de medicina, enfermería y ciencia de la salud 6ta edición 2010 Barcelona, España.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia
2. Ficha de recolección de datos
3. Solicitud de permiso del Hospital ESSALUD Chincha
4. Reportes estadísticos del hospital

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CONDILOMATOSIS EN POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RENE TOCHE GROPPA CHINCHA 2014”

FORMULACION PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO
<p>Problema general ¿Cuál es la incidencia y factores de riesgo que condiciona la presencia de condilomatosis en la población general que se atendieron en el Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chincha 2014?</p>	<p>Objetivo general Determinar la incidencia y los factores de riesgo de la condilomatosis en la población general atendidos en el Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chincha 2014.</p>	<p>. El siguiente trabajo no requiere hipótesis por ser descriptivo</p>	Factores de riesgo de la condilomatosis	<ul style="list-style-type: none"> Inicio de las relaciones sexuales. Antecedentes de ITS 	<p>a)11-15 b)16-20</p> <p>a) VIH b) Herpes c) S.F.V d) Gonorrea e) Sífilis</p>	Ficha de recolección de datos
<p>Problema específico ¿Cuál es la incidencia de condilomatosis en la población general atendidos en el Hospital EsSalud Rene</p>	<p>Objetivo Especifico Determinar la incidencia de condilomatosis en la población general atendidos en Hospital EsSalud Rene Toche</p>			<ul style="list-style-type: none"> No Uso de preservativo 	Condón	Historias clínicas

<p>Toche Groppo Chincha 2014?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo que favorecen la presencia de condilomatosis en la población general atendidos Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chincha 2014?</p>	<p>Groppo Chincha en 2014.</p> <p>Identificar los factores de riesgo que participan en la génesis de condilomatosis de la población general atendidos en Hospital EsSalud Rene Toche Groppo Chincha 2014.</p>					
---	---	--	--	--	--	--



**“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
CONDILOMATOSIS EN LA POBLACION GENERAL ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL RENE TOCHE GROppo CHINCHA 2014”**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de Ficha _____

N° de HC _____

I CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS

1.- EDAD:

- a) 18 a 20 años ()
- b) 21 a 25 años ()
- c) >25 ()

2.-SEXO

- a) FEMENINO ()
- b) MASCULINO ()

3.-GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- a) Analfabeta ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Superior ()

4.-ESTADO CIVIL

- a) SOLTERO/a ()
- b) CONVIVIENTE ()
- c) CASADO/a ()

5.- PACIENTES ATENDIDOS:

- a) Mujer ()
- b) Varón ()
- c) Gestantes ()

6.-SERVICIO DE ATENCION

- a) GINECOLOGIA ()
- b) M. INTERNA ()
- c) MEDICINA ()
- d) ANESTESIA ()
- e) CIRUGIA ()

II FACTORES DE RIESGO

1.-A QUÉ EDAD INICIO SU ACTIVIDAD SEXUAL:

- a) 11-15 años ()
- b) 16-20 ()
- c) 21-25 ()
- d) 26 o más ()

2.- I.T.S. CONCOMITANTE A CONDILOMATOSIS

- a) HERPES ()
- b) VIH ()
- c) SINDROME DE FLUJO VAGINAL ()
- d) SIFILIS ()
- e) GONORREA ()
- f) NINGUNA ()

3.-USO DE PRESERVATIVO:

- a) SI ()
- b) NO ()

SOLICITUD: Elaboración de Tesis

Señor: Director: JOSE TORRES GUEVARA
RED ASISTENCIAL DE ESSALUD

Yo, Angélica Uculmana Gutiérrez; que habiendo culminado mi internado en el Hospital Rene Toche Groppo- Chincha, que Ud. Dignamente dirige, solicito permiso para realizar el proyecto de tesis titulado “Incidencia y factores de riesgo asociados a condilomatosis en la población general atendidos en el Hospital Rene Toche Groppo Chincha – 2014” para que se me den la facilidades al archivo de estadística para poder recolectar los datos de la misma, así como al jefe del departamento de Gineco-Obstetricia.

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

Ica, 15 de Enero del 2015

Angélica Uculmana Gutiérrez

DNI: 45298411

CIE-10: A63.0 VERRUGAS (VENEREAS) ANODONTALES

TODOS LOS SERVICIOS

9-TIPOS

ACTIVIDAD: 91 CONSULTA EXTERNA

SUB-ACTIVIDAD: 001 CONSULTA MEDICA

ESTABLECIMIENTO:02 HOSP. REGI. TUCUM. GRUPO - CHINCHA

fc18EM60

INSTITUCION	CODIGO	EDAD	SEXO	AGE	SERVI	DIAGN. P/3	DIAG. 1	DIAG. 2	DIAG. 3	DE.	E	S	MEDICO
91908	6908271AER1001	44	M	01	041001	A63.0	D			1707	C	C	33211
39937	8203071AAVEA009	32	M	01	041001	A63.0	P			5407	R	R	10907
19430	9901151CMBR000	55	M	01	031001	A63.0	D	851.9F	D	9814	C	C	54690
220113	8312030CUEI1002	30	F	01	011001	A63.0	D	876.00		1158	C	C	13933
109874	7612204FOTI001	37	F	01	031001	A63.0	D			2345	R	R	24750
164176	94091000HIT1003	28	F	01	011001	023.0	D	099.30	A63.00	15619	C	C	14347
167446	3512151JONTV007	78	M	07	041001	A63.0				11020	R	C	30413
210961	90101000DCM7006	19	F	01	011001	090.3	D	A63.00		15485	C	C	18347
195635	6311211H00S1007	48	M	36	041001	A63.0	D			9094	C	C	33211
54547	7110201HEBT000	22	M	01	041001	A63.0	D			10467	C	M	24275
20700	4709041KMLBC001	64	M	01	041001	A63.0	D			2429	C	C	10967
55455	9203171HAPW005	22	D	01	041001	A63.0	D			14092	R	M	14793
60940	5302011PHTAM000	35	M	08	041001	A63.0	D	890.XD	254.00	9650	C	C	14793
9574	4501221F030003	49	M	07	041001	A63.0	D			10107	C	C	35211
11365	4806051PAPMF009	45	M	01	041001	F32.1	D	A63.0P		15475	C	R	13479
53748	7106110PARCE002	22	F	23	041001	A63.0	P			14765	C	C	14793
173771	7811260SASDE005	35	F	23	011001	023.0	D	A63.00	D	11156	C	C	14347
109413	7900061SCVD0009	34	M	01	041001	A63.0	D			15901	C	R	33211
209669	80063013SNP7050	25	M	01	041001	A63.0	D			10454	R	R	28713
48133	8004071DENTP009	26	M	01	041001	845.9	P	A63.00	835.30	4409	C	C	14793
68082	7605190THMP000	17	F	09	011001	870.1	D	A63.0P		816	R	M	14347
31043	4917360VHAR002	44	F	08	031001	A63.0	D		240.0P	17775	R	R	14991
145494	7006080AECMS001	43	F	08	011001	A63.0	D			7704	C	C	13933
175325	8812301AAMUJ007	24	M	01	041001	A63.0	P			16663	R	R	24275
93797	7901140AUCTY001	34	F	23	011001	A63.0	D	102.30		9991	R	R	30961
62328	961102190E1002	16	M	09	031001	A63.0	P			4888	R	R	13211
144442	6502091BTHLJ011	48	M	01	041001	E10.9	D	130.00	A63.00	8728	C	C	13479
13457	4306011C0PC3004	49	M	01	031001	A63.0	P			9343	R	R	18074
47842	8503200CJARV001	28	F	36	011001	095.3	D	A63.00		5645	C	C	14347
70249	4704021COTLJ007	46	M	07	041001	A63.0	D			5306	R	R	13327
198662	7101191CTPN002	22	M	01	041001	184.3	D	A63.00		11999	C	M	13327
181124	7809091CACB0004	34	M	01	031001	A63.0	P			5079	C	C	18074
94452	4104051E2LW004	72	M	07	041001	A63.0	D			15931	C	C	13479
159002	740713102CTJ004	38	M	01	031001	A63.0	D			9048	R	R	47015
263951	821222081SPH000	30	F	23	011001	871.9	D	891.10	A63.00	992	C	C	38961
47990	88011506CTAF003	25	F	08	031001	A63.0	D		D	3567	R	M	23608
58049	7107251LALAC009	22	M	01	041001	A63.0	D			14002	C	C	28713
196842	9409150NTCEA000	23	F	23	011001	023.1	D	A63.00		4540	R	M	14347
201461	5503150M000002	58	F	08	011001	A63.0	D	895.20	212.40	11232	C	M	14347
77507	7205010PCN1J009	40	F	08	011001	875.1	D	A63.00	D	9795	C	C	38961
188257	74030315AVH0009	39	M	36	031001	A63.0	P	807.XF		8431	R	R	18074
65541	510201150MCJ007	61	M	07	041001	A63.0	D			15827	R	R	13327
92123	7303131VANGJ001	19	M	01	031001	067.X	P	A63.0P		4785	R	R	18074

ESALUD-HOSP. RTG - CHINCHA
D.I.S.

PAGINA: 1
FECHA: 12/07/2016

RELACION DE CONSULTAS POR 1ro, 2do y 3er DIAGNOSTICO
AGO 2016

CIE-10: A54.1 INFECCION GONOCOCICA DEL TRACTO GENITOURINARIO INFERIOR CON

TODOS LOS SERVICIOS 9*0000

ACTIVIDAD: 91 CONSULTA EXTERNA

SUB-ACTIVIDAD: 001 CONSULTA MEDICA

ESTABLECIMIENTO: 02 HOSP. HENE TOCNE GRUPO - CHINCHA

14120608

```
-----  
|NITRO| | | |ITP.|CODIGO| Ser | | Cda | Ser | MB | (Consu.) | EXP |  
|CLINICA| AUTOGENERADO |EDAD|SEXO|ASE.|SERVI.|DIAGN.|P/S| DIAG. | DIAG. | IDE. | E | S | MEDICO|  
-----  
17040a 04096612ATRC006 30 M 06 081001 A54.1 F 0107 C C 4164  
*****
```


ESALUD-HOSP. RTE - CHIMCHA
S.I.S.

PAGINA: 1
FECHA: 12/07/2016

RELACION DE CONSULTAS POR 1ro, 2do y 3er DIAGNOSTICOS
AÑO: 2014

CIE-10: A64.X ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL NO ESPECIFICADA

TODOS LOS SERVICIOS 5-FEBROS
ACTIVIDAD: 91 CONSULTA EXTERNA
SUB-ACTIVIDAD: 001 CONSULTA MEDICA
ESTABLECIMIENTO: 02 HOSP. DIENE TOCNE BRUNPO - CHIMCHA

0010EN060

HISTOR.	CLINICA	AUTOGENERADO	EDAD	SEXO	AGE.	SERVI.	DIAGN.	IP/B	DIAG.	DIAG.	ING.	C	E	S	MEDICO.
40982	8210170LAAAG005	31	F	01	AB1001	104.5	D	A64.XP			9090	C	C		10246
211932	0711121BAMNS008	26	M	01	AB1001	109.0	D	A64.XD			16040	C	C		17917
201200	0002241VGG13007	26	M	01	AB1001	A64.X	I				P	8360	R	R	43692

