



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

**“LOCALIZACION DE CONDILOMATOSIS Y VIA DE TERMINACION DEL
PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL
SOCORRO ICA 2012 - 2015”**

TESIS

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

**PRESENTADO POR BACHILLER:
CILA NELY GARCIA TRUJILLO**

**ICA – PERU
2017**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por la vida, a mis padres por su apoyo incondicional, a mi querida hija que es el motor de mi vida y a toda mi familia.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora y por haberme permitido tener los medios y recursos necesarios (salud, dinero y empeño) para poder realizar este trabajo.

A mis padres quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

A mi novio mi compañero inseparable por brindarme su apoyo, consejos, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

A mi asesora de tesis obst. Holga cornejo por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar de realizar mi tesis con éxito.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

RESUMEN

El condiloma prevalece en la población mundial elevando su incidencia en los últimos años; afectando proporcionalmente a la población gestante. Un número elevado de embarazadas son sometidas a la operación cesárea por esta causa, elevando los riesgos de morbilidad perinatal.

La incidencia anual de condilomas varía entre 100 y 200 nuevos casos cada 10 000 personas en la población adulta en general, con una prevalencia de 0,13 % a 0,20 %, sin diferencias significativas entre las diferentes regiones del planeta. En los últimos 30 años se ha observado un notable incremento en la incidencia de infección por el virus del papiloma humano (VPH), tanto en sus formas clínicas o condilomas, como en sus formas de expresión subclínica, identificables por los cambios en la citología y/o la colposcopia.

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día, más de 1 millón de personas contrae una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente unos 357 millones de personas contraen alguna de las infecciones de transmisión sexual. Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano.

El principal **objetivo** de la investigación fue determinar la localización de condilomatosis y vía de terminación del parto en gestantes. **Lugar:** distintos servicios obstétricos del hospital santa maría del socorro Ica. **Método:** La metodología utilizada es de tipo descriptiva, retrospectivo, y correlacional no experimental de tipo transversal, con un **universo** y muestra de 64 pacientes embarazadas con condilomatosis genital.

De los resultados estudiados se concluye que el mayor número de condilomatosis genital en el embarazo se presentó en grupos de edades comprendidos entre los 20 – 50 años con 71,9%, de los casos estudiados. La localización más frecuente de los condilomas se presentó en la zona vaginal con un porcentaje de 31,3%. En cuanto a la vía de terminación del embarazo el 78,1% fue por cesárea, y el 21,9% termino en parto vía vaginal.

Palabras claves: condilomatosis, cesárea, parto vaginal y VPH.

SUMMARY

The condyloma thrives in the worldwide population raising your incidence in the last years, by affecting proportionally to the population gestante. A high number of pregnant are subdued to the Caesarean operation for this causes, by raising the risks of morbimortalidades perinatal.

The annual incidence of condylomas varied between 100 and 200 new cases each 10 000 peoples in the adult population adult in general, with a prevalence of 0.13 % to 0.20 %, without differ significant between the different regions of the planet.

In the the last ones 30 years have observed a notable increment in the incidence of infection for the virus of the human papilloma (VPH), so much in your clinical forms or condylomas, as in your forms of subclinical, identifiable expression for the changes in the cytology.

According to, the World Health Organization (OMS) each day, more than 1 million of peoples contracts an infection of sexual transmission. It has a high opinion of oneself that, annually a few 357 millions of peoples contract someone of the infections of sexual transmission. More than 290 millions of women they are infected with the virus of the human papilloma.

The main **objective**: Of the investigation, it is to decide the localization of condilomatosises and path of ending of the Parthian in gestanteses. **Place**: different services of the blessed hospital white wax taper of the Ica. **Aid**: the present study.

It is of descriptive, retrospective type and correlacional not experimental of transversal type. **Universe**: the population it is of 64 infected pregnant patients with the virus of human papilloma. Of the results affected, it is concluded that the major number of genital condilomatosises in the embarrassment was presented in groups of age's understand between the 20 – 50 years with 71.9 %, of the affected cases. The more frequent localization of the condylomas was presented in the area vaginal with a percentage of 31.3 %. As for the path of ending of the embarrassment, 78.1% went for Caesarean and 21.9% finish en part normal.

Palabras claves: Condylomatosis, cesarean delivery, vaginal delivery and HPV.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INDICE.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	viii

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.....	10
1.2. Delimitación de la investigación.....	12
1.3. Formulación del problema	
1.3.1. Problema principal.....	13
1.3.2. Problemas secundarios.....	13
1.4. Objetivos	
1.4.1. Objetivo general.....	13
1.4.2. Objetivos específicos.....	13
1.5. Hipótesis de la investigación	13
1.5.1. Hipótesis general.....	13
1.5.2. Hipótesis específico.....	14
1.5.3. Operacionalizacion de variables.....	15
1.6. Diseño de investigación	16
1.6.1. Tipo de investigación.....	16
1.6.2. Nivel de investigación.....	16
1.7. Población y muestra de investigación.....	16
1.7.1. Población.....	16
1.7.2. Muestra.....	16
1.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	17
1.8.1. Técnicas.....	17
1.8.2. Instrumentos.....	17
1.9. Justificación e importancia de la investigación.....	18

**CAPITULO II:
MARCO TEORICO**

2.1. Antecedentes de la investigación.....	21
Bases teóricas.....	26
2.2. Marco conceptual.....	43

CAPITULO III:

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Discusión.....	58
Conclusiones.....	60
Recomendaciones.....	61
Anexos.....	62
1.- fuentes de información.....	62
2.- matriz de consistencia.....	68
3.- ficha de recolección de datos.....	69

INTRODUCCION

El condiloma acuminado prevalece en la población mundial elevando su incidencia en los últimos años; afectando proporcionalmente a la población gestante. Un número elevado de embarazadas son sometidas a la operación cesárea por esta causa, elevando los riesgos de morbimortalidad perinatal. El conocimiento del modo de transmisión durante el embarazo, las consecuencias para la descendencia y la conducta a seguir ante las verrugas genitales durante la gestación, pueden contribuir a modificar el manejo de esta enfermedad durante la atención prenatal.¹ Se denominan condilomas acuminados cuando afloran a la superficie de la piel y condilomas planos cuando no lo hacen. Se han identificado más de 100 genotipos del PVH aproximadamente 40 son capaces de infectar el tracto genital. La mayor parte de las verrugas ano genitales son causadas por los serotipos 6 y 11 ².

El condiloma acuminado es una ITS común y altamente infecciosa ³, la cual puede originar afectación psicológica a las pacientes, por su tendencia a recidivar después del tratamiento, causar malignidad, ser transmitida a la pareja sexual y de la madre al niño, y ocasionar, en este último, la papilomatosis laríngea juvenil⁴.

En el curso de la gestación el condiloma acuminado es la manifestación más común de infección por PVH ⁵ Durante este período la proliferación y el crecimiento de las verrugas se acelera y frecuentemente ocurre la regresión espontánea de las lesiones en el puerperio ¹ hecho que observamos en la práctica diaria, interpretándose erróneamente como verrugas de la gestación por el clínico inexperto. El aumento fisiológico del estrógeno y glucógeno local en los genitales femeninos durante la gravidez, adicionado a las alteraciones inmunológicas propias del embarazo, favorecen la proliferación del PVH, adicionando a esto las condiciones socioculturales que aún prevalecen y que hacen víctimas a las embarazadas de la promiscuidad masculina durante el periodo gestacional⁶.

La incidencia anual de condilomas varía entre 100 y 200 nuevos casos cada 10 000 personas en la población adulta en general, con una prevalencia de 0,13

% a 0,20 %, sin diferencias significativas entre las diferentes regiones del planeta.⁷ La localización se produce en diversas zonas genitales pudiendo ocupar extensas áreas con posibilidad de afectar al producto al ser expuesto por el canal de parto infectado⁸ suele localizarse en pene, genitales femeninos, uretra, región perianal o recto.⁹

Según la publicación ENDES 2014 la prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en mujeres en edad fértil en el Perú, con una ITS 0,7 %, flujo vaginal 11,5% y úlceras llagas genitales 1,9%.

Tener relaciones sexuales con varias parejas y/o sin protección, es el principal factor de riesgo para la transmisión del virus del papiloma humano.¹⁰ Los papilomas pueden ser subdivididos en tres categorías: bajo riesgo, riesgo intermedio y alto riesgo en base a la relación con el origen de las displasias intraepiteliales¹¹ y guardan además relación con el cáncer en otras localizaciones del organismo sobre todo oro faríngeo y ano genital (vulva, vagina, ano y pene)¹². La aparición de los condilomas acuminados durante el embarazo pueden ser comparados con la punta del iceberg en la infección por PVH.¹³

La infección genital por el virus del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual de mayor prevalencia en la población sexualmente activa.¹⁴

Entre los factores de riesgo de las verrugas genitales se incluyen las parejas sexuales múltiples, la frecuencia de las relaciones sexuales, parejas de desconocidos, mal uso del preservativo, infección por otras ITS, el tener un compañero sexual con verrugas genitales externas, a su vez, el número de verrugas genitales externas del compañero sexual, el inicio temprano de la actividad sexual y el país de origen, porque se considera que en los países más pobres la prevalencia es mayor¹⁵.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

La localización donde aparecen con mayor frecuencia, son las de mayor roce durante el coito, como el introito, la horquilla vulvar y los labios, tanto mayores como menores; el aumento de secreciones parece facilitar la propagación de las lesiones condilomatosas.

Las lesiones suelen ser exofíticas, como masas blandas, rosadas o blanquecinas e hiperqueratósicas.¹⁶

El embarazo favorece la aparición de condilomas en la región ano genital, ya que durante los dos primeros trimestres de la gestación, la inmunidad está disminuida contra el VPH, que explica la mayor frecuencia de persistencia de los mismos durante el embarazo. Pero esta pobre respuesta se recupera de forma intensa al principio del tercer trimestre y se acentúa en el post-parto, con una depuración muy alta de la infección.¹⁷ Existe aproximadamente 30 tipos virales mucotrópicos, los tipos virales de mayor frecuencia son el 6 (94%) y el 11 (10%) y con menor frecuencia VPH 54 (8%), y VPH 58 (8%). El periodo de incubación del virus es de seis a ocho meses, el condiloma es muy contagioso, se ha descrito que el preservativo no tiene una protección del 100%, se sabe que en pacientes de riesgo protege en un 60%, y el uso de anticonceptivos orales por más de 10 años también es un riesgo y la regresión espontánea es incierta, el riesgo de transmisión aumenta en relación con el número de parejas sexuales (más de cinco compañeros sexuales, aumenta hasta siete veces más el riesgo), infecciones de transmisión sexual, con historia de herpes y uso de anticonceptivos orales. Las lesiones pueden ser asintomáticas o sintomáticas (prurito, descarga vaginal, sangrado, síntomas obstructivos en uretra, vagina o recto y dispareunia). Existen los siguientes tipos de condilomas: a) acuminado clásico (coliflor), b) queratinizante con superficie rugosa, c) micropapular y d) planas. Se deberá hacer diagnóstico diferencial con: tejido microglandular y micropapular, molusco contagioso, condiloma lata, lunares y cáncer.¹⁸ Desde la década de 1950 y en recientes artículos se sugiere la transmisión vertical del VPH, ya que el reporte de la tasa de transmisión vertical a través de la

aspiración de secreciones vaginales en el nacimiento es tan bajo como del 0% y tan alta como 80.9%. Tales diferencias se pueden deber a la sensibilidad del método empleado para detectar el DNA del VPH .¹⁸ Se reporta que el VPH no se transmite de una manera frecuente en el periodo neonatal, sin embargo los estudios publicados se contradicen, algunos estudios han mostrado una transmisión a los infantes de mujeres infectadas con el VPH. En los últimos 30 años se ha observado un notable incremento en la incidencia de infección por el virus del papiloma humano (VPH), tanto en sus formas clínicas o condilomas, como en sus formas de expresión subclínica, identificables por los cambios en la citología y/o la colposcopia. Mediante biología molecular se evidencia la presencia de ADN de VPH en la mayoría de lesiones intraepiteliales del tracto genital inferior y en más del 99% de los cánceres cervicales. Aunque este hallazgo es insuficiente para explicar su papel oncogénico, en la última década los estudios epidemiológicos apoyados por las técnicas moleculares han confirmado el papel causal de ciertos tipos de VPH en el desarrollo del cáncer cervical.

Los estudios sobre historia natural de la infección por VPH han evidenciado que un número importante de mujeres jóvenes se infecta en las edades de mayor actividad sexual. La mayor parte de estas infecciones se resuelve de forma espontánea y sin consecuencias. La persistencia del VPH ocurre en un 5% de las mujeres después de los 35-40 años. Este subgrupo constituye el de mayor riesgo para desarrollar lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL) y cáncer cervical.

El V.P.H. no es una patología exclusiva de la población femenina, ya que también afecta al hombre, pudiendo generar cáncer de pene si no se detecta a tiempo. Por lo tanto, se recomienda que la pareja de la mujer infectada acuda a control urológico e informe a su médico sobre la infección de su pareja.

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS) Cada día, más de 1 millón de personas contrae una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente unos 357 millones de personas contraen alguna de las infecciones de transmisión sexual. Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano.

Se notifica una incidencia de 38% de Infección por VPH en mujeres sanas jóvenes. Entre los factores de riesgo se encuentran el nivel socioeconómico bajo; el inicio temprano de la vida sexual; el antecedente de dos o más parejas sexuales; la edad temprana del primer embarazo, multiparidad, el uso de anticonceptivos hormonales, y el tabaquismo. Desde hace casi 30 años se sugirió que el Virus del Papiloma Humano (VPH) es importante en la génesis de causal del cáncer cervicouterino.

En el Perú la situación no es diferente a lo que ocurre en el mundo; es más en estas últimas décadas se ha observado una prevalencia en la población mundial

Elevando su incidencia en los últimos años; afectando proporcionalmente a la población gestante. Un número elevado de embarazadas son sometidas a la operación cesárea por esta causa, elevando los riesgos de morbilidad perinatal. El conocimiento del modo de transmisión durante el embarazo, las consecuencias para la descendencia y la conducta a seguir ante las verrugas genitales durante la gestación, pueden contribuir a modificar el manejo de esta enfermedad durante la atención prenatal.¹⁸

El inicio precoz de las relaciones sexuales que, para nuestra región de Ica, las mujeres se inician alrededor de los 14 años y 16 años para los varones condicionan un factor de riesgo, además la falta de uso de un preservativo y las múltiples parejas hacen factores propicios para la propagación de esta enfermedad. Es por ello que la razón de esta investigación es conocer la localización de condilomatosis en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante los años del 2012 al 2015.

1.2. Delimitación de la Investigación

1.2.1 Delimitación Espacial:

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Santa María del Socorro de Ica

1.2.2 Delimitación Temporal:

La presente investigación se realizó en el Hospital Santa María del Socorro en gestantes durante los años 2012- 2015.

1.2.3 Delimitación Social:

La investigación se realizó en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en los diferentes servicios donde fue registrado el diagnóstico de condilomatosis.

1.2.4 Delimitación Conceptual:

El trabajo tiene como finalidad determinar si la localización de la condilomatosis se relaciona con la vía de terminación del parto en el Hospital Santa María del Socorro en los años 2012- 2015.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema Principal

¿Cuál es la localización de condilomatosis y vía de terminación de parto en gestantes atendidas en el hospital Santa María del Socorro en los años 2012 - 2015?

1.3.2. Problemas Secundarios

¿Cuál es la incidencia de condilomatosis en la población gestante atendida en el Hospital Santa María del Socorro en los años 2012 - 2015?

¿Cuál es la localización de las lesiones condilomatosas en las gestantes atendidas en el HSMSI en los años 2012 – 2015?

¿Cuál es la vía de terminación del parto en la población gestante con condilomatosis atendida en el Hospital Santa María del Socorro en los años 2012-2015?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la localización de condilomatosis y vía de terminación de parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en los años 2012-2015.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Determinar la incidencia de condilomatosis en la población gestante atendida en el Hospital Santa María del Socorro en los años 2012-2015.

2. Determinar la localización de las lesiones condilomatosas en las gestantes atendidas en el HSMSI en los años 2012 – 2015?
3. Determinar la vía de terminación del parto en la población gestante con condilomatosis atendida en el Hospital Santa María del Socorro en los años 2012- 2015.

1.5. Hipótesis de la Investigación

1.5.1. Hipótesis General:

Ha=Existe relación entre la localización de condilomatosis y vía de terminación del parto

H o= No existe relación entre la localización de condilomatosis y la vía de terminación del parto.

1.5.2. Hipótesis Especifica

Ha=La localización de la condilomatosis se relacionara con la vía de terminación del parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2012-2015.

Ho= No existe relación entre la localización de condilomatosis y la vía de terminación del parto en gestantes atendidas en el hospital Santa María del Socorro entre los años 2012-2015.

Variables

Variable independiente:

Localización de Condilomatosis

Variable dependiente:

Vía de terminación del parto.

Variables Intervinientes:

Gestantes

1.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CLASIFICACIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
Variable dependiente Localización de Condilomatosis	1. Ano-genital 2. Vagina 3. Oral	Las condilomas son pequeños tumores cutáneos que se localizan en los genitales o alrededor del ano. Las verrugas genitales son las verrugas más comunes y son causadas por el virus del papiloma, también conocido como VPH (Virus del Papiloma Humano). Este virus se transmite sexualmente.	Nominal	1- Perineal 2- Anal 3- Vaginal 4- Cervical.	Ficha de recolección de datos	Historia clínica SIP
Variable independiente Vía de terminación del parto	1. Parto vaginal. 2. Cesárea.	Nacimiento del feto a través del canal del parto. *Interrupción del embarazo vía abdominal	Nominal	1. #partos vaginales 2. #cesáreas	Ficha de recolección de datos	Historia clínica SIP
Variables Intervinientes Gestantes	1. Adolescentes 2. Adultas.	Mujer que está embarazada.	Ordinal	1. 13-19 años 2. 20-40 años	Ficha de recolección de datos	Historia clínica SIP

1.6. Diseño de la Investigación

1.6.1. Tipo de la Investigación

Tipo de investigación científica aplicada de nivel observacional y método no experimental de tipo trasversal.

1.6.2. Nivel de la Investigación

Es investigación descriptiva, retrospectiva y correlacional ya que se medirá la relación que existe entre la variable localización de condilomatosis y vía del parto.

Investigación de tipo observacional, descriptivo de corte trasversal porque se describe el fenómeno a través de la observación, se recoge la información en un momento de tiempo determinado haciendo un corte en el tiempo y retrospectivo porque los datos se recolectan en tiempo pasado a través de historias clínicas y registros.

1.7. Población y Muestra de la Investigación

1.7.1. Población

La población, objeto de estudio, estuvo constituida por gestantes atendidas en el hospital Santa María del Socorro de Ica durante los años 2012 al 2015.

1.7.2. Muestra

La determinación de la muestra será por conveniencia, considerando el total de gestantes quienes tuvieron diagnóstico de condilomatosis en el Hospital Santa María del Socorro durante los años 2012 al 2015.

El muestreo será no probabilístico, la selección será por conveniencia, aplicándose el instrumento estructurado para tal fin a las historias clínicas de gestantes con diagnóstico de condilomatosis atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante los años 2012 al 2015.

Criterio de inclusión:

Historias clínicas completas

Gestantes con diagnóstico de condilomatosis.

Criterio de exclusión:

Historias clínicas incompletas o con datos incoherentes

Pacientes gestantes que no tengan diagnóstico de condilomatosis.

1.8. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

1.8.1. Técnicas

La muestra se obtuvo de los registros en la historia clínica del análisis documental donde se extraerá los datos materia de investigación donde se aplicó la ficha de recojo de datos. Asimismo se consultó a la base de datos del Registro de la Estrategia de VIH-ITS, Estrategia Materno Neonatal, así como los registros de atención e historias clínicas de las pacientes gestantes atendidas en los servicios de control prenatal donde se realiza el diagnóstico de condilomatosis y embarazo. Posteriormente se realizó el llenado de la ficha de recolección de datos que incluyen (factores epidemiológicos como: edad, estado civil, grado de instrucción, número de total de casos con diagnóstico de embarazo y condilomatosis). Además paridad, edad gestacional en el momento del diagnóstico, lugar y número de lesiones condilomatosis, y vía de terminación del parto para ello se revisaron los registros de atención en sala de partos y cesáreas durante los años 2012 al 2015.

1.8.2. Instrumento

Se elaboró una ficha para la recolección de datos tomando en cuenta los objetivos del estudio y las variables de estudio previamente validada por expertos en el tema de embarazo y condilomatosis.

Técnica de análisis de datos

Se identificaron las historias clínicas según los criterios de inclusión, seguidamente se registraron los datos según la ficha de recolección de datos elaborada para tal fin. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial al 95% de confiabilidad. Se organizaron los datos de acuerdo a tablas y gráficos y se usaron medidas de dispersión y tendencia central. Todos los datos obtenidos fueron procesados bajo el programa SPSS versión 22.

Ética

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 guardara absoluta reserva, con el fin de resguardar y proteger la privacidad de los usuarios. Además se solicitaron los permisos correspondientes para el presente proyecto a la Dirección Ejecutiva del Hospital Santa María del Socorro, Departamento de Gineco-Obstetricia y al Servicio de Estadística.

1.9. Justificación e Importancia de la Investigación

La condilomatosis genital es considerada de bajo riesgo para el desarrollo del cáncer de cuello uterino teniendo importancia si se considera la asociación que existe entre ciertos PVH y la aparición de carcinomas en el tracto genital femenino y masculino. Además algunos PVH genitales pueden infectar a los recién nacidos durante el parto provocando durante la infancia lesiones respiratorias sobre todo.

La vida sexual activa entraña una serie de situaciones patológicas en ocasiones sorpresivas en otras malas decisiones en cuanto a la prevención y manejo de las infecciones de transmisión sexual, que pueden llegar a producir riesgo elevado en la salud reproductiva de la madre, como es en el caso de infección por el papivirus que puede complicar la gestación incluso comprometer la vida de la madre motivo por el cual amerita su estudio.

Se justifica nuestro estudio porque permitirá implementar estrategias y a fin de disminuir la incidencia de esta patología y conocer las conductas riesgosas para las infecciones de trasmisión sexual sobre todo la condilomatosis en gestantes.

La información generada con los resultados de este trabajo de investigación, permitirá conocer mejor la epidemiología de la infección subclínica por el virus del papiloma humano. 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. Conocer la vía de terminación del parto en casos de madres portadoras de condilomas puede influir la decisión de terminación por cesárea por la probabilidad de presentar condilomatosis laríngea en el recién nacido. Este cuadro se presenta con tos

y ronquera estas lesiones pueden aparecer hasta tres años después del nacimiento por vía vaginal. El riesgo de esta enfermedad es de 1:2000 casos.

Si las lesiones son muy extensas y se encuentran en canal cervical y vaginal para el momento del parto se prefiere practicar una cesárea ante el temor que haya sangrado genital por disrupción del tejido enfermo y lógicamente para evitar el paso del bebe por una región con alta carga viral.

Es por ello que se justifica nuestro estudio para conocer la incidencia de casos de gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro y ver la vía terminación de parto y si la cesárea es necesaria o no ya que aumentaría la tasa de cesáreas innecesarias para poder tomar medidas correctivas así como actualizar los protocolos de atención y ver la dimensión de las enfermedades de transmisión sexual como es la condilomatosis en población femenina y adolescente que es una población vulnerable para tomar estrategias de disminuir las ITS, sobre todo condilomatosis y otros que pueden traer morbilidad y mortalidad materna.

En la gestante, aparecen condilomas en la región ano genital después de la infección por los serotipos 6 y 11, aunque las lesiones no siempre son visibles ¹⁶, por lo que puede pasar desapercibido para el clínico con poca experiencia sobre todo en las primeras consultas prenatales, retrasando el tratamiento oportuno en las etapas iniciales, en la medida que avanza el embarazo las verrugas ano genitales crecen de forma vertiginosa, y ocasionan prurito, secreciones malolientes y sangrado lo que hace necesario el uso de tratamientos más cruentos y costosos para erradicar las lesiones. El interrogatorio intencionado y la búsqueda exhaustiva de pequeñas lesiones durante el examen físico serían claves en el diagnóstico positivo de la enfermedad. Independientemente de las vías de transmisión el virus infecta por igual la mucosa oral y la genital en los recién nacidos provocando afectaciones como la papilomatosis laríngea, que aunque algunos autores refieren que el riesgo es bajo ¹⁶, pudiera existir un subregistro de casos ya que la búsqueda activa no se realiza de rutina por el pediatra según la experiencia expresada por miembros del equipo de

trabajo, aún en aquellos pacientes con manifestaciones respiratorias; los tipos 6 y 11 son los responsables de esta entidad nosológica.¹⁹ En la clínica, la infección se manifiesta por una disfonía, a menudo transcurridos los primeros meses e incluso después de varios años², tiene un curso impredecible y ha sido reportada la extensión pulmonar y la transformación maligna⁵.

En lo que respecta a una posible transmisión vertical de la inmunidad durante el embarazo, se ha demostrado que hay presencia de anticuerpos anti-VPV tipo seis en los recién nacidos de madres portadoras de condilomas, los que habrían sido adquiridos por vía transplacentaria²⁰

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Antecedentes Internacionales

Morales Rodríguez Alfredo Armando y colaboradores (2015).

**“Condilomatosis y Embarazo. Consideraciones en la Atención Prenatal”
Hospital General Tomás Carrera Galiano. Trinidad Sancti Spiritus. Cuba.**

Los investigadores concluyeron que la condilomatosis genital durante el embarazo puede ser transmitida de la madre al hijo por diferentes vías; no evitando la cesárea electiva la infección viral al recién nacido, y que diversos tratamientos aplicados de forma adecuada durante la atención prenatal pueden disminuir este riesgo.

Conclusiones: 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. La mayoría de los casos fueron diagnosticados de forma espontánea.¹

Quintero Becerra, Nina Gynee (2012). Virus del papiloma en el embarazo pacientes atendidas En el hospital australiano.

Resultado: 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%). En la localización vulvoperineal, las áreas en donde aparecen

con mayor frecuencia, son las de mayor roce durante el coito, como el introito, la horquilla vulvar y los labios, tanto mayores como menores; el aumento de secreciones parece facilitar la propagación de las lesiones condilomatosas. Las lesiones suelen ser exofíticas, como masas blandas, rosadas o blanquecinas e hiperqueratósicas.²¹

Jiménez Vieyra Carlos Ramos “Prevalencia de Condilomas Acuminados en Mujeres que acuden a detección oportuna de cáncer de cuello uterino en el primer nivel de atención” 2010 Revista de Ginecología y Obstetricia 2010 Vol: 78 No 2 pág.: 99-102. Mexico.²²

Tuvo como objetivo evaluar la prevalencia anual de condiloma acuminado genital en las mujeres que acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. Fue un estudio prospectivo, transversal y observacional realizado en la clínica de primer nivel de atención Zaragoza del Sistema de Transporte Colectivo Metro de la Ciudad de México; de enero del año 2000 a junio del 2009. Se incluyeron todas las pacientes que acudieron a detección oportuna de cáncer cervicouterino. Resultados: en 3,232 citologías cervicovaginales se detectaron 106 casos de condiloma acuminado genital confirmados por clínica y biopsia, lo que dio una prevalencia anual de 3.2%. La mayor cantidad de casos por prevalencia por edad fue entre 30 y 34 años, con tasa de 21.6%. Discusión: la prevalencia de infección por virus del papiloma humano varía en las diferentes regiones del mundo; suele alcanzar valores de 20 a 30% en mujeres de 20 a 24 años de edad y posteriormente disminuye a 3 a 10% en mujeres mayores de 30 años. Conclusión: es importante establecer medidas encaminadas a prevenir el contagio, exhortando a la población adolescente de hombres y mujeres a tener una sexualidad responsable.

Cedeño Pozo, Adriana (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.¹³

Antecedentes Nacionales

Sulca Solórzano, Susana Betzabe. "Relación entre el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-mayo del 2014". Universidad Mayor de San Marcos.

Conclusiones: Del 100% (198) de gestantes adolescentes, el 18.7 % (37) oscila entre 14 a 16 años y el 81.3 % (161) entre 17 a 19 años. El estado civil, el 52.0 % (103) son solteras, y el 48.0% (95) son convivientes. El grado de instrucción, el 26.8 % (53) tiene secundaria incompleta, el 71.2 % tiene secundaria completa y el 2 % (4) tiene superior incompleto. Predomina el conocimiento medio sobre las ITS con un 64.1 % (127), seguido del conocimiento bajo con un 24.2 % (48) y el conocimiento alto con 11.6 % (23). El 22,2% (44) tiene una actitud de rechazo hacia las conductas sexuales de riesgo, el 63,1% (125) una actitud de indiferencia y solo el 14,6% (29) expresaron una actitud de Aceptación. Para el estudio correlacional se usó la prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson obteniendo un $p=0.00$ estableciendo así una relación estadísticamente significativa. Conclusión: El mayor porcentaje de gestantes adolescentes tienen conocimiento medio acerca de las ITS y actitudes de indiferencia hacia las conductas sexuales de riesgo, mediante la prueba estadística de chi cuadrado existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud.²³

Santos C. (2007). "Virus de Papiloma Humano y Cáncer Uterino en el Perú". A diferencia de los que con otros tipos de patología, los estudios epidemiológicos acerca del VPH se hicieron después de los estudios

moleculares. En la década de los 90, el reinado de las “hibridaciones” terminó, pues fueron reemplazadas por una técnica de mayor sensibilidad, la reacción en cadena de la polimerasa (RCP). Utilizando este método fue que Ivonne Guerrero y un grupo de investigadores del centro de investigación en Cáncer “Maes Heller” intentaron averiguar cuál era la prevalencia de la infección por VPH en una población aparentemente sana. Se hizo un muestreo mujeres asintomáticas, en edad fértil, de un área marginal de Lima, encontrándose que la prevalencia de infección era de 20,17%, es decir que una de cada cinco mujeres aparentemente sanas era portadora del ADN viral, evidenciando que se trata de una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuente.²⁴

Valderrama María et.al. Factores asociados a la Presencia del Virus del Papiloma Humano en Dos poblaciones del Perú” Rev. Per. Médica. Salud Pública. Vol.29 No 3. Lima Julio .2007.Universidad peruana Cayetano Heredia.²⁵

Determinar la prevalencia y factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano (VPH) en mujeres estudiantes en educación superior de 18 a 26 años de Lima. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal, en dos universidades y un instituto superior tecnológico de Lima, durante los meses de agosto a diciembre del 2001. Se aplicó un cuestionario y se colectaron muestras para Papanicolaou (PAP) y detección del ADN de los VPH 6, 11, 16, 18 por el método de PCR (reacción en cadena de la polimerasa). Se incluyeron en el análisis 321 estudiantes que reportaron actividad sexual a quienes se tomó muestras para PAP y VPH. **Resultados:** La prevalencia de VPH (6, 11, 16, 18) fue de 8,4%, y para las lesiones cervicales fue 2,5% (diagnóstico a través del PAP). Las lesiones cervicales o presencia del VPH fueron más frecuentes en el grupo de 21 a 23 años ($p= 0,024$). La diferencia de edades (tres a más años) entre la pareja sexual de mayor edad y la participante se asoció significativamente con lesiones cervicales o presencia del VPH (OR: 8,8; IC95:1,9-39,6). La edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y uso de condón, no mostraron significancia estadística.

Antecedentes Locales

Vargas B. “Conocimiento, actitudes y prácticas de los alumnos del Instituto superior Tecnológico Catalina Buendía de Pecho – Ica acerca de las Enfermedades de transmisión sexual 2004”

El 43.75% de los alumnos eran mujeres, el 56.25% hombres, el 48.2% dijeron tener entre 18 y 19 años, el 24.1% entre 20 y 21 años, el 25 % 22 años a más. El 2.7% de los alumnos no respondió.

El 92.9% de los alumnos dijeron ser solteros, el 3.6% ser casados y el 2.7% ser convivientes. El 0.9% no contestaron.

El 39.3% de los alumnos dijeron vivir en una zona rural, el 38.4 % en una urbanización, el 18.8% en un asentamiento humano. El 3.6% no respondió.

Para el 87.5% de los alumnos las ITS eran enfermedades contagiosas, para el 8% una enfermedad viral y para el 0.9 % una enfermedad predominante. El 1.8% no respondió.

Para el 95.5% de los alumnos las ITS se transmiten mediante contacto sexual, el 1.8% bañándose en las piscinas y para el 0.9% mediante un beso.

El 49.1% de los alumnos dijeron no tener relaciones sexuales, el 33.9% dijeron tener entre 1 a 3 relaciones semanales, el 11.6% dijeron tener más de 3 relaciones sexuales semanales. El 4.5% no respondió.

El 58% de los alumnos dijeron no haber tenido pareja sexual, el 34.8% dijeron haber tenido entre 1 a 2 parejas sexuales, el 3.6% no respondió

El 50.9% de los alumnos dijo haber experimentado relaciones genitales, el 8% relaciones sexuales anales u orales. 33% no respondió.²⁶

Rengifo S. “Inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares de la ciudad de Ica 2014”.

Resultado: 125 (18,33%) de los adolescentes habían tenido relaciones sexuales, la edad promedio de este inicio fue a los 14,38±0,13 años. 11 (4,87%) mujeres y 114 (25,00%) varones ya habían tenido relaciones sexuales, con mayor proporción en los ateos o agnósticos (10; 41,67%). 20 (16,00%) adolescentes que no vivían con sus madres, 56 (44,80%) que no vivían con sus papás, y 61 (48,80%) que no vivían con hermanos tuvieron

este problema, al igual que en 70 (36,08%) de los que consumían licor, en 27 (47,37%) de los que consumían estupefacientes ($p=0,000$) y en 48 (41,03%) de los que consumían cigarrillos.²⁷

Bases Teóricas

Condilomatosis

La condilomatosis (condiloma acuminado o verruga genital) es la infección de transmisión sexual más frecuente que existe a nivel mundial, causado por el virus del papiloma humano (VPH) y su manifestación más evidente es el condiloma o verrugas genitales.

La mayoría de las infecciones son latentes o subclínicas que curan espontáneamente, pero un pequeño porcentaje puede perdurar y dar lugar a lesiones en la piel y mucosas. La manifestación clínica habitual es la verruga, con sus diferentes tipos morfológicos entre las que se encuentran las verrugas ano genitales o condilomas acuminados.⁵

Los condilomas son pequeños tumores cutáneos que se localizan en los genitales como pene, la vulva, vagina, uretra, cuello uterino o en la región anal; lugares del cuerpo que tienen un medio húmedo favorable para su crecimiento y reproducción.

Hay cuatro tipos de verrugas genitales:

- Condiloma acuminado, que toma la forma parecida a una "coliflor",
- Verrugas papulares de 1 - 4 mm, suaves, generalmente de color de la piel.
- Verrugas queratósicas, (dura, callosa) con una cubierta gruesa que semeja a las verrugas vulgares.
- Verrugas planas que pueden ser pápulas (bolitas, granitos) de centro plano.

Existen factores de riesgo para su contagio como tener muchas parejas sexuales, desconocer si alguien con quien ha tenido relaciones sexuales tiene una infección de transmisión sexual, iniciación temprana de la actividad sexual, estrés y otras infecciones virales.²⁰

Epidemiología

Los papilomas virus han cohabitado con la especie humana a través de miles de años, sufriendo pocos cambios en su composición genómica.

La infección genita por VPH es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes. Sin embargo, los condilomas acuminados no están incluidos en los sistemas de vigilancia de la mayoría de países, por lo que los datos de epidemiología a nivel mundial son limitados.²⁸

Los datos disponibles de tendencias temporales muestran un aumento de condilomas acuminados, en diversos países (Canadá, EEUU, Reino Unido, los Países Bajos y los Países Nórdicos), en el periodo previo a la implementación de los programas nacionales de vacunación frente al VPH (años 2007-2008). Después de esta fecha, los países que administraron la vacuna tetravalente (como Australia, Dinamarca, Suecia y EEUU) han registrado una reducción significativa de la incidencia de condilomas acuminados.

Aunque el 80% de la población se infectará alguna vez a lo largo de su vida (lo más frecuente es la adquisición en los meses siguientes tras la primera relación sexual) la prevalencia de condilomas acuminados se sitúa entre el 1 - 2% para los países desarrollados.²⁹

Etiología

El condiloma acuminado es una dermatosis producida por un virus del papiloma humano VPH – 6 y 11 (95%) que son miembros de la familia Papovaviridae. El VPH mide 55 nm de diámetro, tienen capsida icosaédrica con 72 capsómeros que envuelven un ADN. Existen más de 100 genotipos conocidos de virus papiloma humano (VPH), los tipos 16 y 18 son de alto riesgo oncológico y se asocian a lesiones displásicas y cáncer de cuello de uterino, pene, ano y carcinoma oro faríngeo. Los de bajo riesgo, como los serotipos 6 y 11, son responsables de verrugas genitales (condilomas acuminados). Muchos pacientes con verrugas genitales pueden estar infectados simultáneamente por los genotipos 16 y 18.¹

Otros serotipos causantes de condilomas, aunque con mucha menos frecuencia son: 8, 13, 30, 42, 43, 44, 54, 55 y 70.

Basado en el análisis de secuencia de DNA, se han reconocido más de 100 genotipos de VPH que causan un diverso rango de lesiones epiteliales. A nivel evolutivo todo el papiloma virus que se conocen se han agrupado en 16 géneros y los VPH se agrupan en 5 de estos géneros. Los dos géneros de VPH más importantes son los papiloma virus Alpha (a) y los Beta (b). La mayoría de los VPH que infectan área genital pertenecen al género Alpha. El análisis de los genotipos de VPH resulta importante por distintas razones, dentro de éstas se encuentra que los VPH son tejido específicos y en general producen diferentes tipos de lesiones. Cerca de 35 tipos de VPH se identifican en lesiones benignas y malignas del tracto ano genital tanto en hombres como en mujeres; además, quince de estos tipos virales se asocian en diferente grado al cáncer de cérvix.⁵

Vías de Transmisión del VPH

- **Sexual**

La transmisión es mediante el contacto directo, de piel o mucosas, a partir de una pareja que presente condilomas acuminados visibles o subclínicos. La principal vía de transmisión es el coito vaginal o anal. El sexo anal receptivo ha mostrado estar estrechamente asociado al desarrollo de condilomas en el canal anal en varones homosexuales y bisexuales, y en menor medida en mujeres. Algunas lesiones anales y perineales pueden producirse por excreción viral a través del flujo vaginal y no necesariamente por sexo anal. La infección VPH puede afectar cualquier tramo del tracto genital inferior.

En caso de infantes con aparición de condilomas acuminados es conveniente descartar la posibilidad de abusos sexuales.

- **Vertical**

El riesgo de transmisión vertical en el periodo perinatal o de infección en el recién nacido es muy bajo. La transmisión puede ser intraútero, a través del canal del parto, pero el mayor riesgo de transmisión para el recién nacido es el antecedente materno de condilomatosis genital durante el embarazo y no su paso a través del canal del parto. Por ello, no se considera indicada la cesárea como vía de terminación del embarazo en una mujer con

condilomatosis genital, salvo si el canal del parto está obstruido por las lesiones o si el parto por vía vaginal puede provocar un sangrado excesivo.

- **Otras Vías**

Otras vías de transmisión genital en ausencia de penetración son infrecuentes o mínimas. No existe evidencia sostenible de la transmisión de los condilomas acuminados a través de fómites (jabones, toallas, ropa interior) y artefactos sexuales. Existen notificaciones que se atribuye la transmisión debido a instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados. (Guantes, instrumental de biopsia).

Como vemos la transmisión por contacto sexual es la más común, aunque en ocasiones se puede producir de otro modo, como en el caso de los recién nacidos (contacto durante el parto de una madre infectada). Su presencia en niños puede estar en relación con abusos a menores.³⁰

Factores de Riesgo

1. Edad

Se han reportado que la mayor incidencia se observa en mujeres entre 25 años o menos, disminuyendo progresiva y linealmente hasta alcanzar 5 % o menos después de los 55 años; esto pudiera explicarse por cambios en las prácticas sexuales con la edad, determinando una menor exposición de las mujeres al virus, o también por inmunidad adquirida en el tiempo a la infección por VPH.

Se describe un segundo pico en la prevalencia del VPH a partir de los 55 años de edad, explicado por los cambios hormonales ocurridos después de la menopausia (principalmente la reducción significativa de la producción de la hormona esteroidea), el debilitamiento del sistema inmune y los cambios fisiológicos del cérvix (atrofias del epitelio) pudieran incrementar la susceptibilidad a la infección por el virus o activar infecciones latentes.³¹

2. Inicio precoz de las Relaciones Sexuales

La iniciación sexual temprana o el hecho de que se dé un lapso más corto de tiempo entre la menarquía y la iniciación sexual constituyen factores de riesgo para el desarrollo de infecciones prevalentes por el VPH.

Es un factor determinante en la adquisición del virus del papiloma humano (VPH) asociado al factor inmunológico e inmadurez cervico uterina propia de la adolescencia.

3. Múltiples parejas

En la actualidad aumenta ya que muchas personas mantienen contacto sexual con múltiples parejas con penetración vaginal, anal, buco genital lo que aumenta el riesgo a contaminación por VPH. Al considerar las relaciones homosexuales entre mujeres se ha encontrado la presencia de HPV, cervical en 13% de éstas parejas. En población de trabajadoras sexuales, la seroprevalencia y detección de HPV, en cérvix tipos, 16, 18, 31 y 58 es de 14 y 10 veces mayor respecto población general

4. Paridad

Los cambios hormonales que se presentan en esta etapa de la mujer predisponen el desarrollo de infecciones virales de este tipo, se ha relacionado el VHP con mujeres que tiene más de 5 embarazos a término, la puerta de entrada del virus de Papiloma Humano es el epitelio erosionado lo cual es muy frecuente durante los partos y más aún en aquellas mujeres con menos de 16 años donde el epitelio está en fase de transición y es más susceptible a lesiones.

5. Falta de higiene

Es otro factor de riesgo para la prevalencia de toda clase de infecciones de ITS, a causa de la retención de esmegma generando el acumulo de bacterias y virus causando irritación crónica, que fácilmente puede albergar a este agente patógeno e incrustarse por medio de la lesión.

6. Infección de HIV

La inmunodeficiencia, se ha establecido que pacientes con HIV presentan prevalencias de HPV cervical entre 38-75%. Mujeres HIV positivas sintomáticas y recuento de linfocitos CD4 bajos (<200 cel/microlitro) tienen prevalencia de HPV cervical de 71%. Estas pacientes tienen un riesgo 2 veces mayor de presentar HPV de alto riesgo con una persistencia viral de 2 veces mayor, 76% de las mujeres HIV positivas presentan infección por HPV.³¹

Etapas Clínicas del VPH

Tras la infección por VPH (introducción del ADN viral en las células basales del epitelio) y tras un período de latencia que se estima entre 3 semanas y 8 meses, las partículas de ADN viral que se encuentran en forma episomal sufren un proceso de expresión, y con ello una serie de acontecimientos que conducen al desarrollo de las lesiones. Un estudio publicado en 2005 establece el riesgo anual de aparición de condilomas acuminados tras la infección inicial en un 28,5%.

El período de incubación de la enfermedad (período que transcurre desde que se tiene contacto con agente infeccioso y la aparición de los primeros síntomas) es de aproximadamente entre 6 semanas y 8 meses. El virus puede permanecer en un estado de latencia o lo que se llama "infección estable" de hasta 25 años; es decir, algunos virus pueden permanecer "dormidos" en la persona infectada y ésta no presenta rastros ni síntomas de la infección y posteriormente se pueden activar y formar las lesiones visibles al examen médico o que se detectan a través de los resultados de las pruebas de laboratorio.

El virus del VPH infecta los epitelios estratificados (mucosas). Las células del virus son los queratinocitos que se encuentran en la capa basal del epitelio. El proceso de diferenciación del queratinocito da lugar a una capa de córnea en el exterior de la piel, que protege a virus del exterior y evita la desecación. Su ciclo vital está ligado a este proceso de diferenciación de la célula a la que infectan. El VPH por genes de expresión temprana y tardía y son los responsables de hacer que el virus sea capaz de replicarse y mantenerse en una fase a desarrollarse.

Una vez infectado el epitelio, el reconocimiento del VPH por el sistema inmune moviliza a la inmunidad específica frente al mismo. Ésta puede ser humoral (que generará anticuerpos para los subsiguientes contactos con ese mismo patógeno) y celular (utilizada para eliminar las células infectadas). La resolución fisiológica de las lesiones condilomatosas depende del segundo tipo de inmunidad referido, la inmunidad celular.

Los condilomas acuminados en ausencia de tratamiento pueden resolverse de forma espontánea, permanecer sin cambios o aumentar en número y/o

tamaño. En la literatura podemos encontrar cifras de regresión de hasta el 37,5% de los casos en un plazo de 20 semanas.

La progresión de los condilomas se ven favorecidas con estados de inmunodepresión ya sea adquirida como en el caso del VIH o fisiológica como se da en el embarazo. En contraposición, la estimulación de los linfocitos T helper-1, que estimula la producción de citoquinas, influye de manera significativa en la resolución fisiológica de la infección.³²

Clasificación

La condilomatosis como entidad patológica se la puede clasificar según el tamaño de la lesión, número de lesiones y localización.

Según el tamaño de la lesión podemos encontrar hasta 2 cm, de 2.1 a 5 cm y más de 5 cm.; en relación al número de lesiones tenemos de 1 a 2, de 3 a 5 y más de 5 lesiones.

Según la localización lesión limitada a una parte anatómica (vulva, periné, vagina o ano), que involucra 2 partes anatómicas y cuando involucra más de 3 partes anatómicas.⁸

También se puede identificar lesiones que se localizan en piel, mucosas, mucosa laríngea o mucosa oral.⁶

Según el tipo de verrugas se clasifican en:

1. **Verrugas vulgares:** Producidas por VPH, son asintomáticas y el 70% curan sin tratamiento. Dentro de la clasificación tenemos los condilomas acuminados producidos por los tipos 1, 2, 3, 4, 6,11 que son formadores de verrugas vulgares. Se presentan en la mano y boca.

2. **Verrugas Genitales:** representa el signo más fácil de reconocer en la infección genital por VPH. Las cepas responsables de la mayoría de las infecciones genitales son: 6, 11, 16,18 y 31. Los sitios de localización en mujeres son vulva, la pared vaginal, el periné, cérvix y ano. En el hombre en el pene, glande surco balanoprepucial, uretra masculina, cuerpo del pene y escroto.

Las verrugas genitales aparecen por lo general como elevaciones o masas suaves y húmedas, rosadas o de color de la piel usualmente en el área genital. Las verrugas pueden ser planas a elevadas, únicas o múltiples,

pequeñas o grandes y en ciertos casos tienen formas de coliflor. Pueden aparecer en la vulva, la vagina o el ano o alrededor de los mismos, en el cuello uterino, en el pene, escroto, en la ingle o los muslos; las verrugas pueden aparecer semanas o meses después del contacto sexual con la persona infectada o puede que no aparezcan.¹

En el hombre la cabeza o punta del pene son los sitios donde se presentan las verrugas más frecuentes, la aparición de verrugas visibles no siempre significa una infección reciente con una pareja infectada.

3. Tumores: Los VPH de alto riesgo son los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 68, 69 y posiblemente algunos otros. Estos tipos de VPH, de alto riesgo causan tumores que por lo general son planos y no visibles, comparados con las verrugas causadas por los VPH 6 y 11.³³

Cuadro Clínico

Los síntomas asociados a los condilomas acuminados, van a depender sobre todo de la localización, número y tamaño de las lesiones. En pacientes con condilomas acuminados en el tracto genital inferior y área perianal, el síntoma más frecuente es el prurito, siguiendo por orden de frecuencia el aumento de leucorrea, la sensación de incomodidad, el sangrado y el dolor.

En las mucosas de cérvix y vagina, los condilomas acuminados suelen cursar de forma asintomática y raramente ocasionan dispareunia, leucorrea, dolor, sensación de ardor o coitorragia, en el área vulvar, los condilomas acuminados pueden presentar prurito, hipersensibilidad de la zona, ardor, dolor o sangrado ocasional. En los casos excepcionales en que la paciente presenta numerosas lesiones y de gran tamaño (pacientes inmunodeprimidas) el discomfort puede ser muy importante. En estas situaciones la paciente puede referir dificultad y molestia para la higiene personal y las relaciones sexuales.³⁴

Si los condilomas acuminados se localizan en el meato uretral, localización menos frecuente en la mujer que en el hombre (4-8%), pueden llegar a causar obstrucción para la micción. En el ano, la sintomatología es en general leve o ausente en la mayoría de casos. Sin embargo, los pacientes con un gran

número de lesiones y de gran tamaño pueden presentar dificultades para la higiene o para la deposición.

En áreas extra genitales, como la boca, así como en otras localizaciones excepcionales como conjuntiva o cavidad nasal, la sintomatología dependerá del número o tamaño de las lesiones.

Durante la gestación, se origina un estado especial de tolerancia inmunológica, que unido a los efectos hormonales de la progesterona y los cambios vasculares, ocasiona una menor respuesta inmunológica frente al VPH49. Por ello, en la gestación, el tamaño y número de los condilomas acuminados también puede ser mayor de lo habitual, y en raras ocasiones incluso llegar a impedir físicamente el parto vaginal.

Mención especial merece la afectación del estado psicológico de la mujer con condilomas acuminados. Son frecuentes la preocupación, vergüenza, afectación de la autoestima y de la esfera sexual. Por tanto, esta entidad debe abordarse con la importancia que requiere y es básica una adecuada y tranquilizadora información a las pacientes.

Diagnóstico de la Condilomatosis

El diagnóstico de la condilomatosis es clínico. Solo se obtiene la confirmación histológica a través de la biopsia. Otra prueba de diagnóstico es la prueba de ADN de VPH y permitirá saber el tipo de virus que causa la lesión.²

Se examinará meticulosamente los genitales externos, perineo y zona perineal. En las mujeres, la exploración debe ser minuciosa en los pliegues labiales, el introito y la uretra, y se realizará una citología. En los varones, retirar el prepucio, para valorar completamente el glande y examinar los testículos. Deberá realizarse biopsia en las lesiones pigmentadas, sangrantes, con ulceración y prurito persistente, en varones y en mujeres con VIH. En cualquier caso, es aconsejable realizar biopsia por incisión para confirmar el diagnóstico, ya que en ocasiones se pueden confundir con condilomas planos, sífilis e incluso con lesiones carcinomatosas de vulva en forma de coliflor.⁴

La búsqueda exhaustiva de pequeñas lesiones durante el examen físico serían claves en el diagnóstico positivo de la enfermedad.

La biopsia es una opción que se realizará para descartar cáncer. Se realizará en lesiones pigmentadas, lesiones con sangrado y prurito persistente, así mismo en pacientes con ulceración persistente, inmunodeprimidos y mujeres con VIH³⁰

Ante un condiloma debe examinarse meticulosamente los genitales externos, periné y zona perianal. En mujeres la exploración debe ser minuciosa en los pliegues interlabiales y el introito, la uretra y realizarse una citología. En varones retirar el prepucio para valorar completamente el glande y examinar los testículos.

Debe interrogarse sobre uretrorragia, disuria o secreción hemática por la uretra para sospechar la infección de la misma (más frecuente en hombre que en mujeres). Los que se localizan en el ano pueden deberse al coito anal o por la propagación de las secreciones vulvares (en el caso de las mujeres).³⁵

Tratamiento

Las técnicas de tratamiento son varias, pero todas proponen la eliminación de los síntomas y del virus para evitar recidivas. Ningún método disponible en la actualidad cumple con los requisitos antes mencionados, y la mayoría sólo cumple con la desaparición de las lesiones visibles. No hay evidencias que los tratamientos actualmente disponibles alteren la historia natural de esta infección.

No existe cura para la infección por el virus del papiloma humano (VPH), 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.

Los tratamientos disponibles se clasifican por el mecanismo de acción del fármaco, médico o quirúrgico, y tipo de centro médico donde se aplicara la terapia. La selección del plan de tratamiento inicial para cualquier individuo depende de diversas variables. Las verrugas en superficies húmedas, es más probable que respondan al tratamiento local. Aquellas que son pediculadas son fáciles de extirpar con una simple escisión en la interfase de

la verruga y la piel sana. Verrugas múltiples y muy queratinizadas requieren con frecuencia extirpar las verrugas.³⁶

La flexibilidad también es una condición necesaria en el tratamiento de una paciente quien tiene verrugas genitales externas. Si la terapia inicial es inefectiva o si la paciente experimenta efectos colaterales significativos, la modalidad de tratamiento deberá ser modificada.

El objetivo del tratamiento de las verrugas genitales es la erradicación de las lesiones clínicas y la estimulación del sistema inmune para el reconocimiento viral y supresión de su replicación¹. Existe consenso en la opinión de expertos que la infección en embarazadas debe ser tratada antes del comienzo de los síntomas del parto, y persigue eliminar la lesión clínicamente visible aunque no existen evidencias que esto reduzca la trasmisión viral ni de transformación a malignidad. Aunque en opinión del autor los factores favorecedores de la infección indican que a menor número de lesiones y recidivas menor riesgo de trasmisibilidad, lo cual supondría un estado inmunológico materno capaz de contrarrestar el proceso infeccioso. Los estudios prospectivos en los niños nacidos de madres afectadas por PVH durante el embarazo pudieran arrojar luz sobre la efectividad de la eliminación de las lesiones visibles. Sólo pueden tratarse los condilomas de localización bulbar y, ocasionalmente, algunos vaginales, sobre todo cuando el diagnóstico se produce durante el primer trimestre de la gestación, ya que la sobreactuación en estas condiciones puede provocar hemorragias, partos prematuros o rotura de membranas¹.

Tratamiento químico:

1. Podofilino al 10 %, al 30 % y al 45 % en solución alcohólica. Debe ser aplicada por profesional médico en lesiones de genitales externos y perianales. La aplicación debe repetirse semanalmente, de tres a cuatro semanas hasta la desaparición de las lesiones. Si no mejora, se debe considerar otra posibilidad diagnóstica o la presencia de una cepa más agresiva¹

La aplicación de grandes cantidades de podofilino puede provocar toxicidad sistémica. Está contraindicado en el embarazo y la lactancia.

Es un agente antimitótico que destruye las verrugas induciendo su necrosis. Esta puede ser aplicada a verrugas únicas, pero no reduce el riesgo de absorción sistémica lo cual puede conllevar a una serie de efectos adversos que incluyen supresión de medula ósea, disfunción hepatocelular, compromiso neurológico, alucinaciones, dolor abdominal agudo³

2. Podofilotoxina al 0,5 %. Es un preparado de podofilina químicamente sintetizada o aislada de especies de coníferas. Inhibe las mitosis y produce necrosis de las lesiones. Puede aplicarse directamente por el paciente dos veces al día por tres días. No requiere lavarse, se descansa cuatro días y luego se repite por tres días más. Las respuestas se ven habitualmente a las seis semanas. Su eficacia es similar a la de la podofilina, pero tiene menos toxicidad sistémica. Aproximadamente la mitad de los pacientes muestra algún grado de inflamación, quemaduras o erosiones. No debe usarse durante la gestación.

3. Ácido tricloroacético al 80 y 90 %. Aplicación local por el médico de dos a tres veces por semana por un máximo de tres semanas. Se forma una erosión que sana en unas tres semanas sin cicatriz. El ácido tricloroacético (80-90 %) constituye la primera línea de tratamiento en gestantes con lesiones pequeñas o en poca cantidad, por su efectividad y el hecho de no ser absorbido sistémicamente¹

Es recomendado para el tratamiento de las verrugas vaginales y anales. Este agente destruye la verruga por coagulación de sus proteínas a través de una inducción química. El tratamiento no es específico por lo cual puede producir daño a todo tejido que este en contacto. Deberá ser usada una técnica cuidadosa de aplicación debido a que esta solución es de viscosidad más baja comparada con el agua y por lo tanto se esparce rápidamente. Una solución a este problema es crear una barrera con gel de petrolato o ungüento de lidocaína con el fin de evitar que el líquido se esparza a zonas de tejido sano. Una técnica es utilizar un aplicador con punta de algodón, mojarla con la solución y aplicar el agente a la lesión.

4. Fluoracilo: antimetabolito con efecto quimioterápico, se emplea en crema al 3 - 5%, una o dos aplicaciones por semana, durante 10 semanas; se debe remover luego de 8 horas de aplicado. Se lo utiliza en especial en verrugas

ubicadas en las mucosas del conducto anal y genitourinario. Presenta escasa respuesta y sus efectos colaterales son irritación y erosión.

Tratamiento físico:

1. Crioterapia (nitrógeno líquido). Las complicaciones son infrecuentes. Cura aproximadamente el 90 % de las lesiones, aunque a veces se requieren varias aplicaciones.

La crioterapia es un método seguro y confiable para el tratamiento del condilomas bulbares durante el embarazo, estudios realizados donde incluyeron mujeres embarazadas con condiloma acuminado del segundo y tercer grado, no indicaron complicaciones fetales, maternas o neonatales posterior a la criocirugía. Se concluyó que la crioterapia disminuye el número de cesárea electiva en casos de condiloma acuminado.

2. Electrocirugía. Eventualmente desaparecen todas las lesiones, aunque del 20 al 30 % desarrollan nuevas lesiones en los bordes quirúrgicos o en sitios alejados.

3. Laser CO2: 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 dicha agua.

La ablación quirúrgica con láser de CO2 es también altamente efectiva pero generalmente se reserva para lesiones extensas y aquellas que han demostrado ser resistentes a otras terapias. En tales casos, el procedimiento es realizado en un quirófano bajo anestesia regional. Es importante realizar este procedimiento utilizando un aspirador de humo adecuado debido a la potencial liberación de partículas de VPH 26.

Es el método más efectivo en la paciente con condiloma acuminado ⁷. No se presentaron complicaciones ni en la madre ni en el producto, por lo que se consideró un tratamiento efectivo y seguro. Se puede usar en embarazadas.²

4. Electrocoagulación y radiofrecuencia: requieren anestesia local, se produce destrucción de la lesión por calor, puede quedar cicatriz. El operador debe usar barbijo y extractor de humo, por la viabilidad del virus.

Terapia quirúrgica.

Las verrugas perianales cuyo pedúnculo es delgado pueden ser extirpadas a través de una incisión tangencial bien sea con tijera o bisturí, separando la base de la verruga de la capa superior de la dermis de la piel. Esta es una técnica segura y efectiva. La hemostasia es fácilmente lograda con presión, nitrato de plata o solución de Monsel (su sulfato férrico).

Tratamiento inmunomodulador

Imiquimod al 3,75%: El tratamiento es significativamente menos prolongado, con una aplicación diaria para un máximo de 8 semanas. Adicionalmente, la crema al 3,75% tiene menos efectos colaterales que el Imiquimod al 5%. Las principales quejas incluyen prurito, sensación de ardor o dolor en la zona de aplicación. No se han asociado síntomas sistémicos asociados al uso del Imiquimod al 3,75%, sin embargo, esta presentación es más costosa que su equivalente al 5%. No se recomienda en embarazadas.¹

Tratamiento obstétrico:

La evaluación integral de la embarazada durante la etapa prenatal facilita el diagnóstico temprano de la condilomatosis genital por lo que el tratamiento debe comenzar de inmediato y evitar que en el momento del parto estas lesiones permanezcan activas, minimizando la trasmisibilidad al feto que por diversas vías ocurre.

La cesárea no previene el VPH neonatal y debe reservarse para mujeres con indicaciones de orden obstétrico. La vacunación durante el embarazo no está recomendada en la actualidad. Si alguna embarazada ha sido vacunada con alguna dosis la reactivación debe posponerse hasta la finalización del embarazo y la lactancia y entonces rescatarla tan pronto como sea posible, la segunda y tercera dosis debe ser separadas por al menos doce semanas de diferencia. No existen sin embargo evidencias que hagan necesario interrumpir el embarazo por esta situación. La interrupción de la gestación no está justificada si ocurriera la administración de la vacuna desconociendo la existencia de embarazo ¹El tratamiento a las pacientes con condilomas acuminados debe ser complementado con la pesquisa de otras infecciones de transmisión sexual por su frecuente asociación.

Complicaciones

En la recién nacida y en las niñas mayores pueden desarrollarse el condiloma acuminado, en la región bulbar 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.¹

Los fetos de madres con condilomatosis extensas están predispuestos a una infección fetal anteparto sobre todo en caso de rotura prematura de membranas, favorecida a su vez por la condilomatosis e infecciones concomitantes. El riesgo de transmisión vertical o de infección persistente en el RN es muy bajo. Existe controversia acerca de la posible génesis de papilomas laríngeos en los RN 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.

Virus del Papiloma Humano y Embarazo

Los condilomas aparecen o surgen durante el embarazo como resultado de los cambios hormonales, mayor vascularidad y cambios inmunológicos (disminuye la inmunidad celular). Durante la gestación las lesiones genitales tienen tendencia a proliferar y a ser friables (se rompen o desmenuzan fácilmente).

No se requiere tratamiento en lesiones pequeñas asintomáticas y en las extensas 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. Las grandes se extirpan después del primer trimestre. Una vez descartado el cáncer se pueden observar hasta el final del embarazo y tratamiento post-parto.

No se recomienda resina de podofilina, podofilox en solución o gel al 0,5% ni tratamiento con interferón debido a problemas de toxicidad materna y fetal. El riesgo de infección fetal o neonatal como la papilomatosis laríngea juvenil se

puede presentar hasta los cinco años de vida, es causado por HPV-6 y HPV-11.

La ruta de transmisión (transparentaría, perinatal o postnatal) no está clara, posiblemente la transmisión sea por el líquido amniótico o el canal del parto, sin embargo, el riesgo de presentarla es de 2 a 5%, por lo que este riesgo no es suficiente para recomendar la cesárea rutinariamente.

En la gestante, aparecen condilomas en la región ano genital después de la infección por los serotipos 6 y 11, aunque las lesiones no siempre son visibles¹⁶, por lo que puede pasar desapercibido para el clínico con poca experiencia sobre todo en las primeras consultas prenatales, retrasando el tratamiento oportuno en las etapas iniciales, en la medida que avanza el embarazo las verrugas ano genitales crecen de forma vertiginosa, y ocasionan prurito, secreciones malolientes y sangrado lo que hace necesario el uso de tratamientos más cruentos y costosos para erradicar las lesiones. El interrogatorio intencionado y la búsqueda exhaustiva de pequeñas lesiones durante el examen físico serían claves en el diagnóstico positivo de la enfermedad.

Independientemente de las vías de trasmisión el virus infecta por igual la mucosa oral y la genital en los recién nacidos provocando afectaciones como la papilomatosis laríngea, que aunque algunos autores refieren que el riesgo es bajo pudiera existir un subregistro de casos ya que la búsqueda activa no se realiza de rutina por el pediatra según la experiencia expresada por miembros del equipo de trabajo, aún en aquellos pacientes con manifestaciones respiratorias; los tipos 6 y 11 son los responsables de esta entidad nosológica. En la clínica, la infección se manifiesta por una disfonía, a menudo transcurridos los primeros meses e incluso después de varios años tiene un curso impredecible y ha sido reportada la extensión pulmonar y la transformación maligna¹

El manejo de la gestante con condilomatosis se centra en la vía de terminación más apropiada se tiene información que el valor preventivo de la cesárea se desconoce. La cesárea estará indicada solo cuando las verrugas genitales obstruyen el canal del parto (conducto vaginal, cuello uterino)

pudiendo provocar el riesgo de un sangrado excesivo en caso de parto via vaginal.¹

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

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

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

El riesgo de transmisión del VPH al infante aunque es rara, es preocupante para la mujer embarazada.⁹

Vacunas Contra el Virus del Papiloma Humano

Actualmente existen nuevas alternativas muy importantes para mejorar los programas de detección y tratamiento de las lesiones VPH y las vacunas podrían reducir su impacto. Hasta la fecha se han producido 2 tipos de vacunas profilácticas Gardasil y Cervarix.

Indicada en niñas y mujeres de 9 a 26 años para la prevención de la infección causada por el VPH tipos 6, 11, 16 y 18.¹

• Vacunas profilácticas que actuarían como tratamiento.

Actualmente existen en el mercado dos vacunas profilácticas contra el VPH, una es tetravalente (contra los genotipos 16, 18, 6 y 11) y la otra es bivalente (genotipos 16 y 18). Estas vacunas se basan en la administración de partículas parecidas al virus (VLP's, por sus siglas en inglés) pero sin material genético en su interior, constituidas por la fracción L1 o proteína estructural del virus obtenida a través de recombinación genética. Con esto se logra mimetizar a un verdadero virus, induciendo una respuesta inmune humoral pero sin sus efectos patológicos.

Desde que estas vacunas fueron aprobadas para su uso como profilaxis de la infección por VPH en el año 2006 se han reportado casos de remisión de verrugas que habían sido resistentes a diferentes tratamientos (46,47). Hasta

la fecha no se conoce el mecanismo exacto por el cual la vacuna profiláctica pudiese provocar esta respuesta o si tal vez se trata de una relación casual por regresión espontánea de las lesiones. Podrían estar implicadas algunas citocinas locales, con inducción de células productoras de interferón o linfocitos CD8 citotóxicos, pero también es posible que los constituyentes no-VPH de la vacuna profiláctica desempeñen algún papel en la desaparición de estas lesiones.³³

- **Vacunas terapéuticas.**

Desde hace algunos años se viene explorando la posibilidad de usar tratamientos con vacunas dirigidas contra las oncoproteínas E6/E7 de los VPH oncogénicos (16), pero estarían dirigidas a las lesiones precancerosas y cancerosas provocadas por estos virus oncogénicos, de tal forma que aún faltan estudios que demuestren su efecto sobre las verrugas. Aun no hay suficientes estudios clínicos bien diseñados y con suficientes pacientes que puedan avalar estas observaciones.

Infecciones de Transmisión Sexual

Son infecciones que se adquieren preferentemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se puede propagar por medios no sexuales, como por ejemplo vía sanguíneas. Muchas ITS en particular la clamidia, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis, se pueden transmitir también de madre a hijo durante el embarazo, parto o durante la lactancia materna.

Entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se sabe que se transmiten por contacto sexual, 8 se han vinculado a la máxima incidencia de infecciones de transmisión sexual. De esas 8 infecciones, 4 son actualmente curables como la sífilis, la gonorrea, la clamidias y la tricomoniasis. Las otras 4 la hepatitis B, virus del herpes simple, VIH y el virus del papiloma son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad.

Brindar información relacionada a infecciones de transmisión sexual y promover conductas sexuales sin riesgo o de menor riesgo, sirve para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

La participación de los profesionales de salud adquiere notable importancia en la prevención de las ITS, desarrollando las siguientes actividades:

- 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 transmisión sexual.
- Fomentar el cumplimiento del trabajo indicado y de controles programados.
- Retardar el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes.
- Promover el uso de condón y enseñar a usarlos correctamente¹

2.2. Marco conceptual

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.³⁷

Antígeno: Sustancia generalmente proteica, que el cuerpo reconoce como extraña y que puede inducir una respuesta inmunitaria.³⁸

Atípico: Enfermedad u objeto que no es de un tipo habitual o estándar.³⁹

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.³²

Cesárea: La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, y se aplica cuando el parto natural por vía vaginal supone un riesgo para el feto o para la madre, su frecuencia sigue aumentando, sobre todo en países ingresos altos y medianos. Aunque permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas, lo cual pone a las madres y a los niños en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo.⁴⁰

Cepa: Subgrupo taxonómico de una especie.⁴⁰

Coilocitosis: Cambio celular asociado con la información por papilomavirus, que incluye la cavitación perinuclear y la atipia nuclear.⁴¹

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.³²

Condiloma acuminado: crecimiento verrugoso en el cuello uterino debido a una infección por papilomavirus humano que toma la forma parecida a una "coliflor".⁴¹

Condiloma plano: excrecencia lisa húmeda, papulosa, que se observa en la sífilis secundaria en el surco del periné o en el glande del pene (bolitas, granitos) de centro plano; todos estos tipos de verrugas puede aparecer en el pene, la vagina, vulva, uretra, cuello del útero o en la región anal; lugares del cuerpo que tienen un medio húmedo favorable para su crecimiento y reproducción.⁴²

Crioterapia: tratamiento consiste en la aplicación de frío como medio de destrucción.¹

Displasia: cualquier desarrollo anormal de tejido u órgano.

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.⁴³

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.⁴¹

Genoma: Juego completo de genes en los cromosomas de cada una de las células de un determinado organismo.⁴⁴

Gestante: Estado de gestación o embarazo. Estado fisiológico de la mujer que termina con el parto.⁴²

Hibridación: Proceso de producir híbridos mediante entrecruzamiento.

HPV: Virus Papiloma Humano⁴¹

Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.⁴⁵

Subclínico: relativo a una enfermedad o anomalía tan leve que no provoca síntomas.

Parto Vaginal: El parto vaginal es el parto que se produce por la vagina de la mujer sin necesidad de recurrir a una cesárea. Pero hay que dejar claro que existen dos maneras de realizar dicho parto vaginal: con la intervención de un equipo médico que controle el parto o de forma natural.⁴⁶

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPERTACION DE RESULTADOS

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

1.- Hipótesis Estadística:

Hipótesis General

Existe relación entre La localización de los condilomas y la vía de terminación del parto en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2012-2015.

a) Hipótesis Nula (H_0):

No existe relación entre La localización de los condilomas y la vía de terminación del parto en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2012-2015.

b) Hipótesis Alternativa (H_A):

Existe relación entre La localización de los condilomas y la vía de terminación del parto en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2012-2015.

Para realizar nuestra prueba de hipótesis, se definió con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. Posteriormente operacionalizamos el estadístico

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

de la Prueba del Chi-Cuadrado; donde $X^2 = 2,780$ cayendo en la zona de rechazo aceptando la hipótesis alterna donde existen relación entre la localización de la condilomatosis y la vía de terminación del parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro desde 2012 hasta 2015.

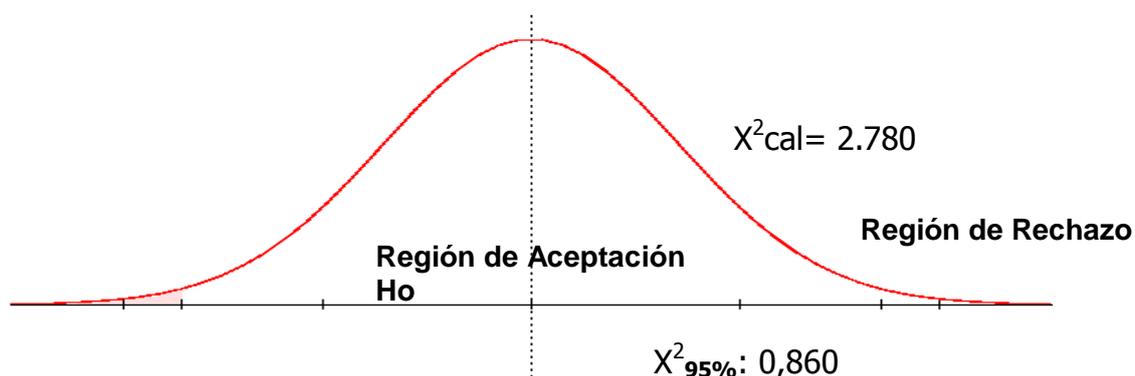
TOMA DE DECISIÓN.

El valor calculado de $X^2 = 2,780$ pertenece a la Región de Rechazo, lo cual indica que se debe rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa, con un nivel de significancia del **5%.(0.05)**

Existe una relación entre la vía de terminación del parto, número de lesiones, estado gestacional del diagnóstico, lugar de la condilomatosis, y la edad no tiene relación con la vía de terminación del parto en gestantes estudiadas con condilomatosis desde 2012 hasta 2015.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,780 ^a	6	,836

Corrección por continuidad ^b	1.844	1	0.860
---	-------	---	--------------



La correlación entre las variables localización de condilomas (X) y la vía de terminación del parto (Y), se empleó la correlación de Pearson; para ello se correlacionó el valor de la variable X y variable Y, de cada sujeto. Se empleó el paquete estadístico SPSS versión 22 en español, para hallar el coeficiente de correlación de Pearson, siendo éste < 0,05 puntos, (0,860) lo que significa que la relación entre las variables de estudio, resulta ser una relación directa muy significativa.

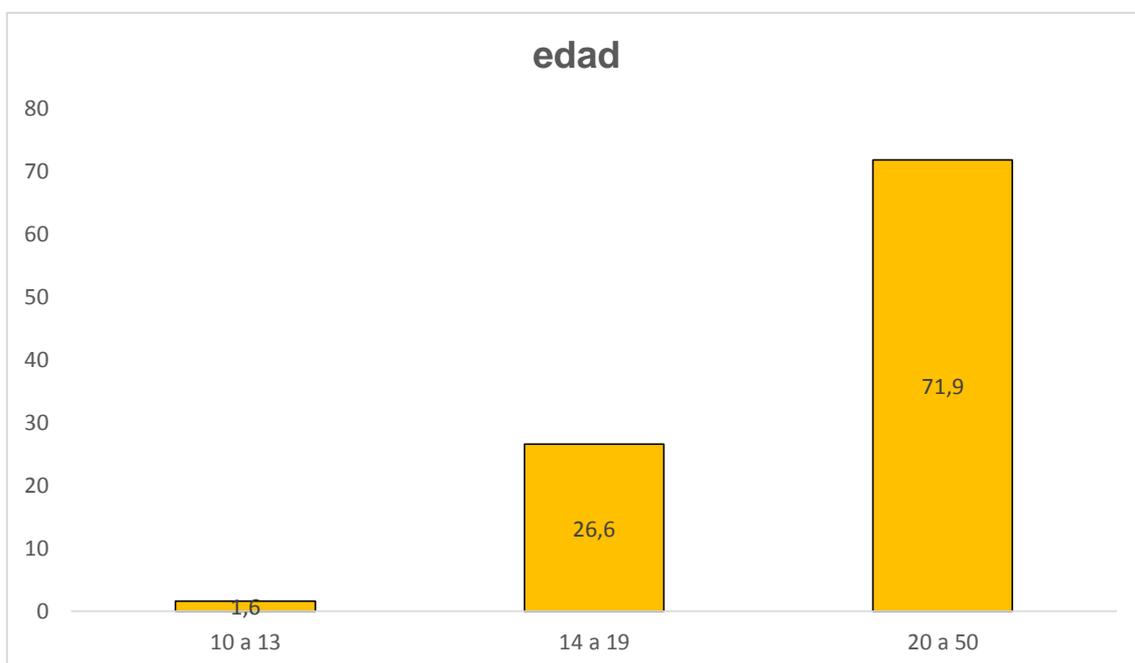
“LOCALIZACION DE CONDILOMATOSIS Y VIA DE TERMINACION DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2012 - 2015”

**TABLA 1
DISTRIBUCION POR EDAD**

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
10-13 años	1	1,6	1,6	1,6
14-19 años	17	26,6	26,6	28,1
20-50 años	46	71,9	71,9	100,0
Total	64	100,0	100,0	

FUENTE: ESTADISTICA DEL HSMSI

TABLA 1: En cuanto a la edad se puede apreciar que 71,9% (46 pacientes) son comprendidas entre los 20-50 años, 26,6%(17 pacientes) son entre las edades de 14-19 años, y el 1,6% (1 paciente) es entre la edad de 10-13 años.



“LOCALIZACION DE CONDILOMATOSIS Y VIA DE TERMINACION DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2012 - 2015”

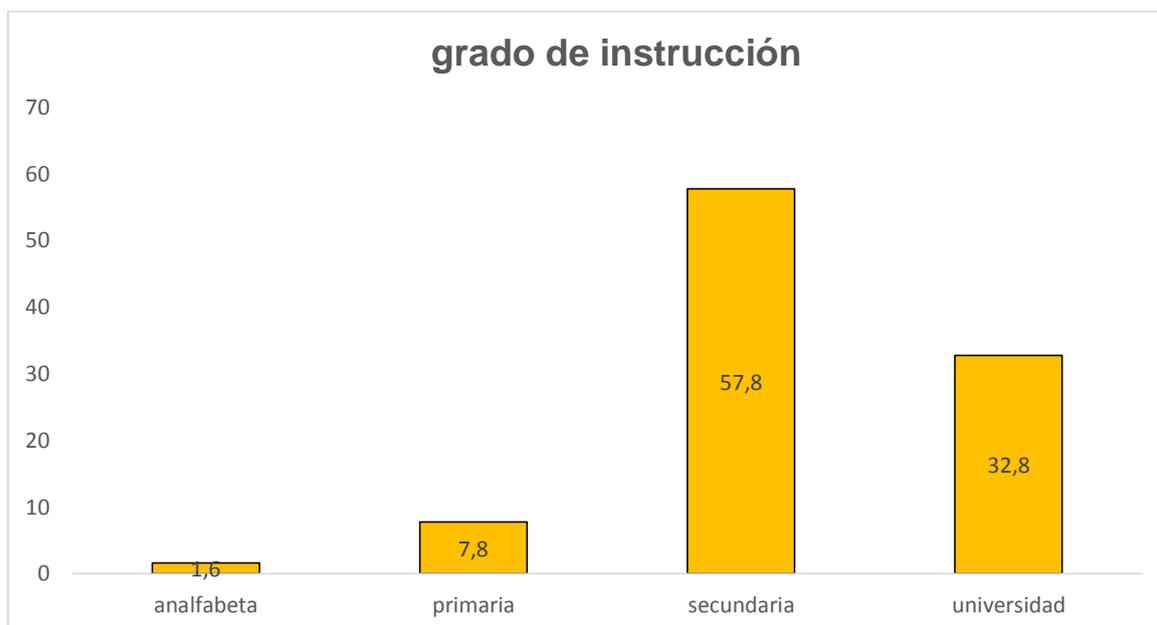
**TABLA 2
GRADO DE INSTRUCCION**

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Analfabeta	1	1,6	1,6	1,6
Primaria	5	7,8	7,8	9,4
Secundaria	37	57,8	57,8	67,2
Universitaria	21	32,8	32,8	100,0

Total	64	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

FUENTE: ESTADISTICA DEL HSMSI

Tabla 2: En relación al grado de instrucción el 57,8%(37 pacientes) tienen nivel secundario, el 32,8%(21 pacientes) tienen nivel superior, 7,8% (5 pacientes) tienen nivel primaria, y 1,6%(1 paciente) es analfabeta.



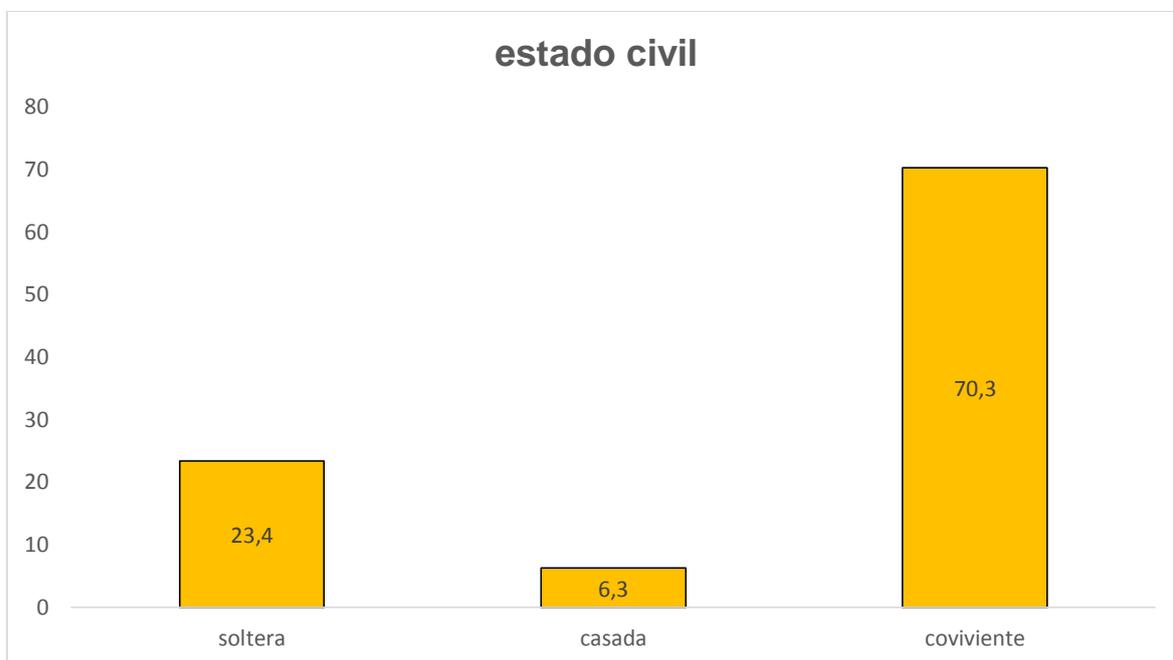
“LOCALIZACION DE CONDILOMATOSIS Y VIA DE TERMINACION DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2012 - 2015”

**TABLA 3
ESTADO CIVIL**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	15	23,4	23,4	23,4
Casada	4	6,3	6,3	29,7
Conviviente	45	70,3	70,3	100,0
Total	64	100,0	100,0	

FUENTE: ESTADISTICA DEL HSMSI

Tabla 3: En cuanto al estado civil Se aprecia que el 70,3% (45 pacientes) son convivientes, el 23,4% (15 pacientes) son solteras y el 6.3 % son casadas observándose que el 76,6% tienen pareja estable.



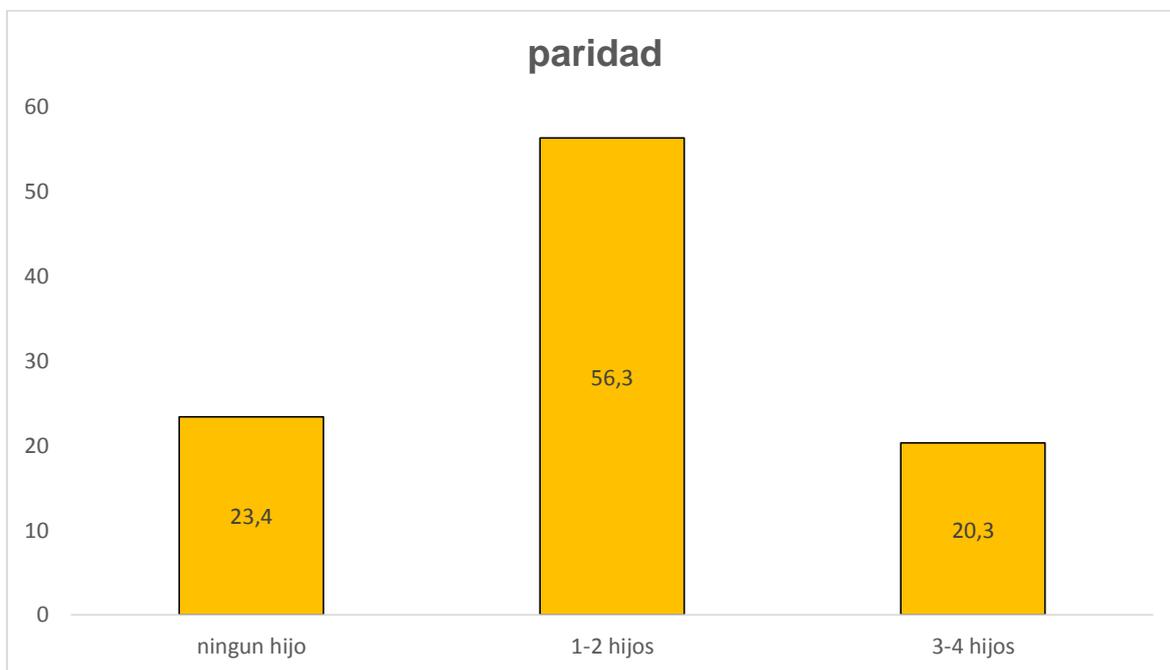
“LOCALIZACION DE CONDILOMATOSIS Y VIA DE TERMINACION DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2012 - 2015”

**TABLA 4
PARIDAD**

Paridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ningún hijo	15	23,4	23,4	23,4
1-2 hijos	36	56,3	56,3	79,7
3-4 hijos	13	20,3	20,3	100,0
Total	64	100,0	100,0	

FUENTE: ESTADISTICA DEL HSMSI

Tabla 4: En relación a la paridad el 56,3%(36 pacientes) tienen 1-2 hijos, 23,4% (15 pacientes) tuvo su primer hijo con el actual parto, y 20,3% (13 pacientes) de 3-4 hijos.



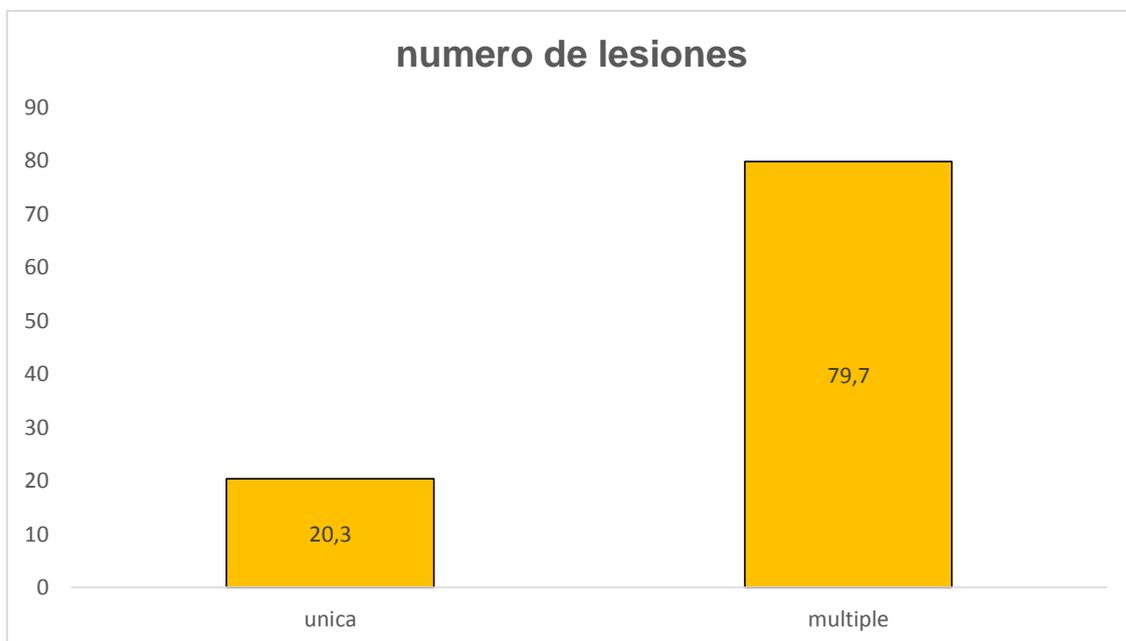
“LOCALIZACION DE CONDILOMATOSIS Y VIA DE TERMINACION DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2012 - 2015”

**TABLA 5
NUMERO DE LESIONES**

Numero de lesiones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Única	13	20,3	20,3	20,3
Múltiples	51	79,7	79,7	100,0
Total	64	100,0	100,0	

FUENTE: ESTADISTICA DEL HSMSI

Tabla 5: En relación al número de lesiones en las gestantes con diagnóstico de condilomatosis se encontró 79,7% son múltiples y 20,3% son condilomas únicos con mayor incidencia cervical y vaginal.



“LOCALIZACION DE CONDILOMATOSIS Y VIA DE TERMINACION DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2012 - 2015”

**TABLA 6
ESTADO GESTACIONAL A SU DIAGNOSTICO**

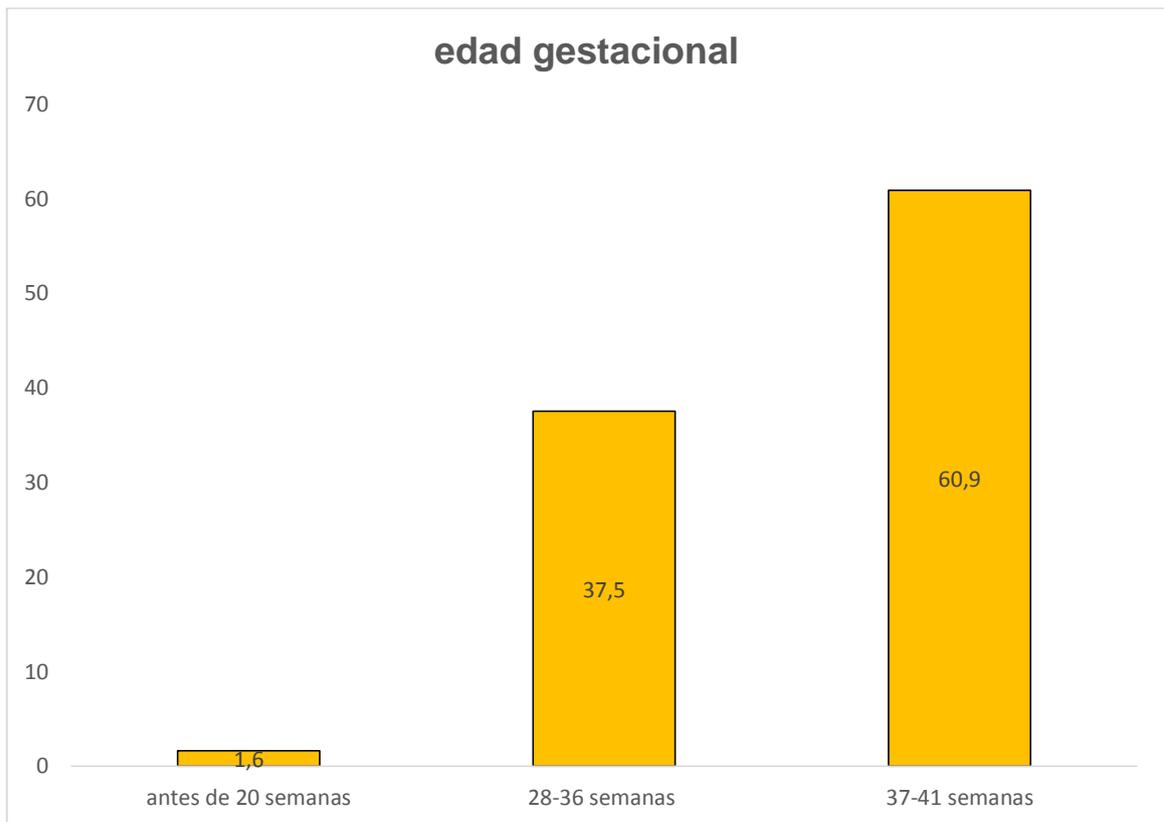
Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Antes de las 20 semanas	1	1,6	1,6	1,6
28-36 semanas	24	37,5	37,5	39,1
37-41 semanas	39	60,9	60,9	100,0

Total	64	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

FU

ENTE: ESTADISTICA DEL HSMSI

Tabla 6: De acuerdo a la edad gestacional el 60,9%(39 pacientes) fueron diagnosticadas entre 37-41 semanas, 37,5 % se diagnosticaron durante 28-36 semanas, y el 1,6% antes de las 20 semanas. Observamos que se diagnostican más durante el embarazo a término.



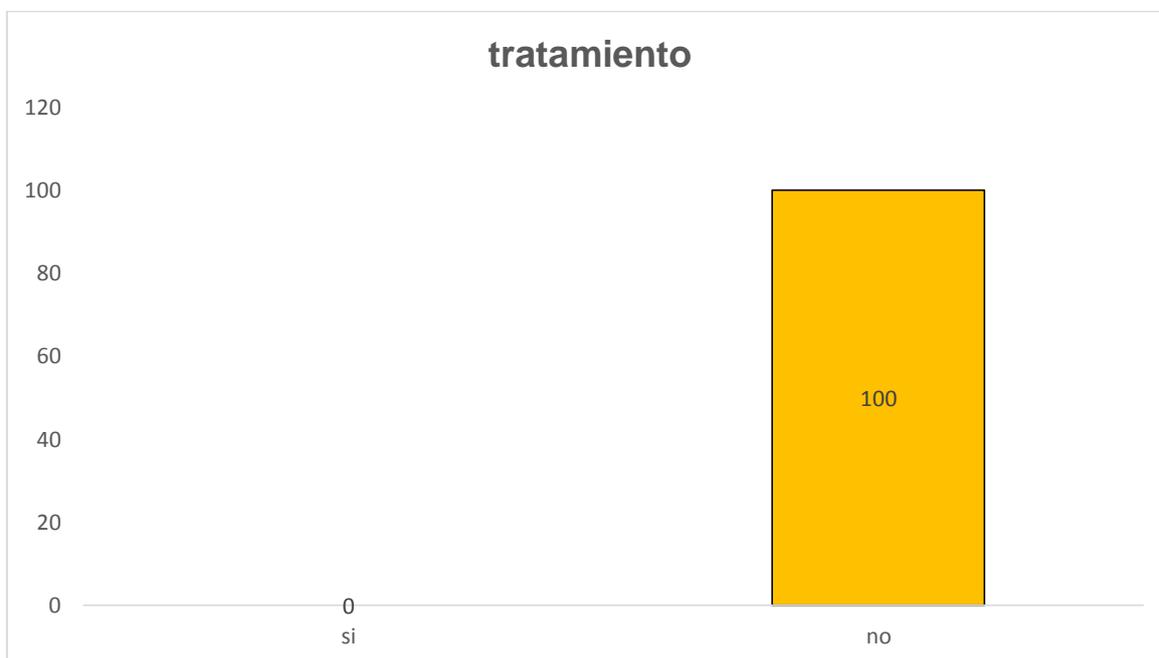
“LOCALIZACION DE CONDILOMATOSIS Y VIA DE TERMINACION DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2012 - 2015”

**TABLA 7
TRATAMIENTO**

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	0	0	0	0
No	64	100,0	100,0	100,0
Total	64	100,0	100,0	

FUENTE: ESTADISTICA DEL HSMSI

Tabla 7: El 100%(64 pacientes gestantes) no recibieron tratamiento. Observamos que de todos los casos estudiados no reciben tratamiento específicamente para la condilomatosis.



“LOCALIZACION DE CONDILOMATOSIS Y VIA DE TERMINACION DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2012 - 2015”

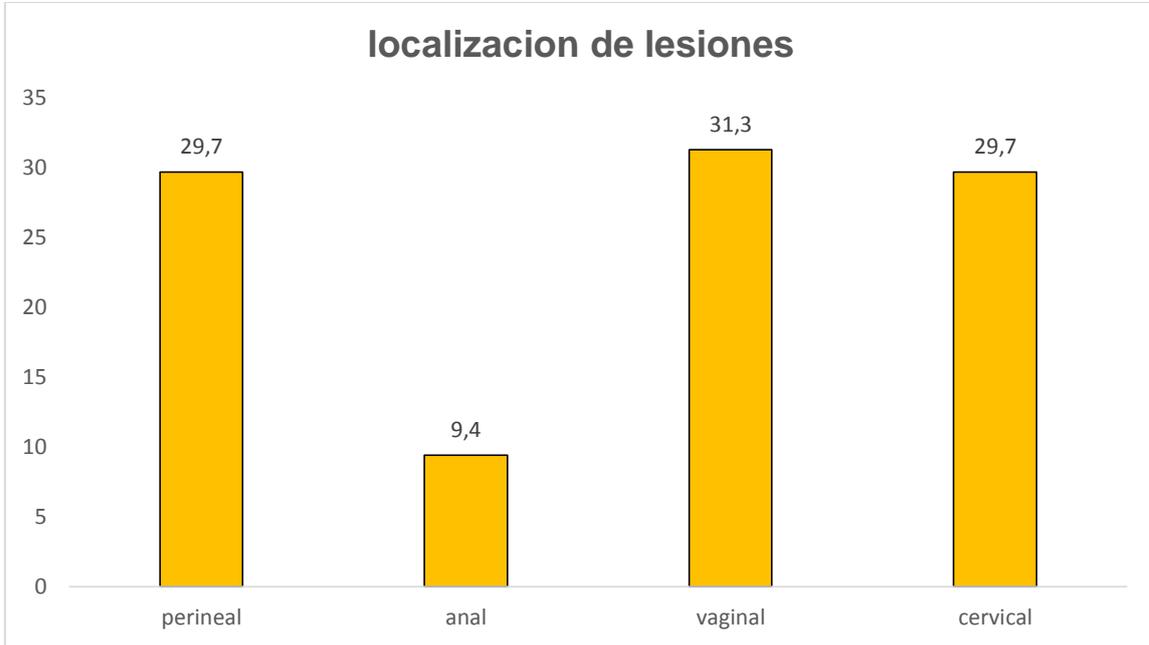
TABLA 8

LOCALIZACION DE CONDILOMATOSIS

Localización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Perineal	19	29,7	29,7	29,7
Anal	6	9,4	9,4	39,1
Vaginal	20	31,3	31,3	70,3
Cervical	19	29,7	29,7	100,0
Total	64	100,0	100,0	

FUENTE: ESTADISTICA DEL HSMSI

Tabla 8: En relación a la localización de los condilomas en un 31,3% de las pacientes presento condilomas a nivel vaginal siendo este de mayor porcentaje, 29,7% a nivel cervical y perineal cada una, y 9,4% en zona anal.



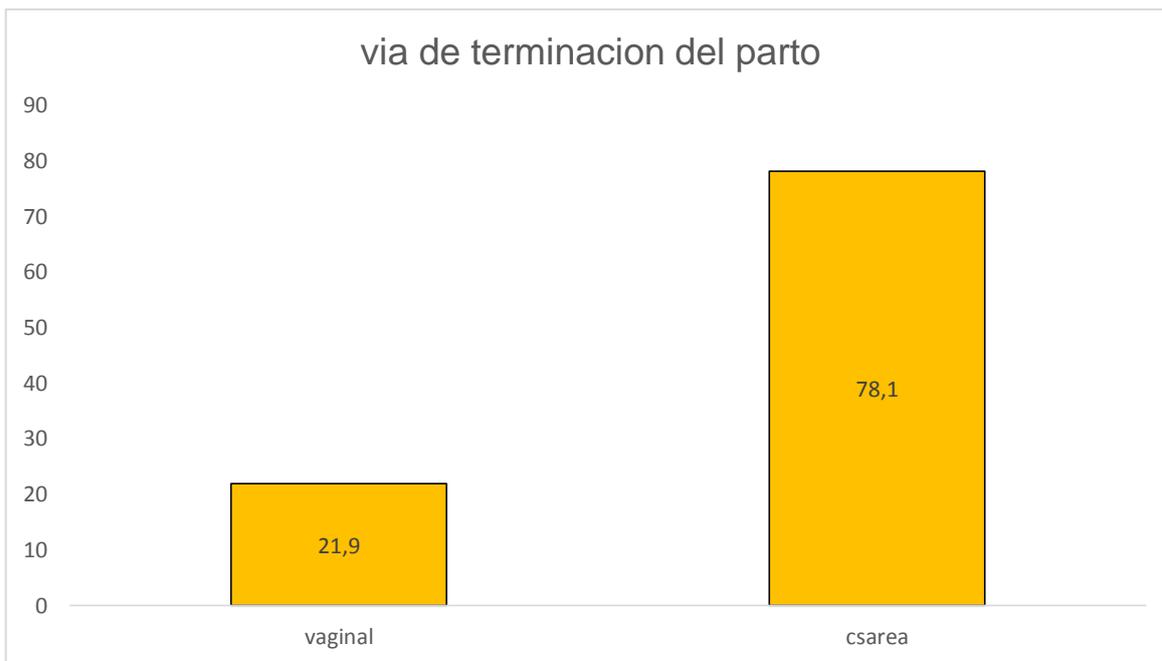
“LOCALIZACION DE CONDILOMATOSIS Y VIA DE TERMINACION DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2012 - 2015”

**TABLA 9
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO**

Vía de terminación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Vaginal	14	21,9	21,9	21,9
Cesárea	50	78,1	78,1	100,0
Total	64	100,0	100,0	

FUENTE ESTADISTICA DEL HSMSI

Tabla 9: en cuanto a la vía de terminación del parto el 78,1%(50 pacientes) fueron por cesárea, 21,9%(14 pacientes) fue por vía vaginal.



“LOCALIZACION DE CONDILOMATOSIS Y VIA DE TERMINACION DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2012 - 2015”

TABLA 10

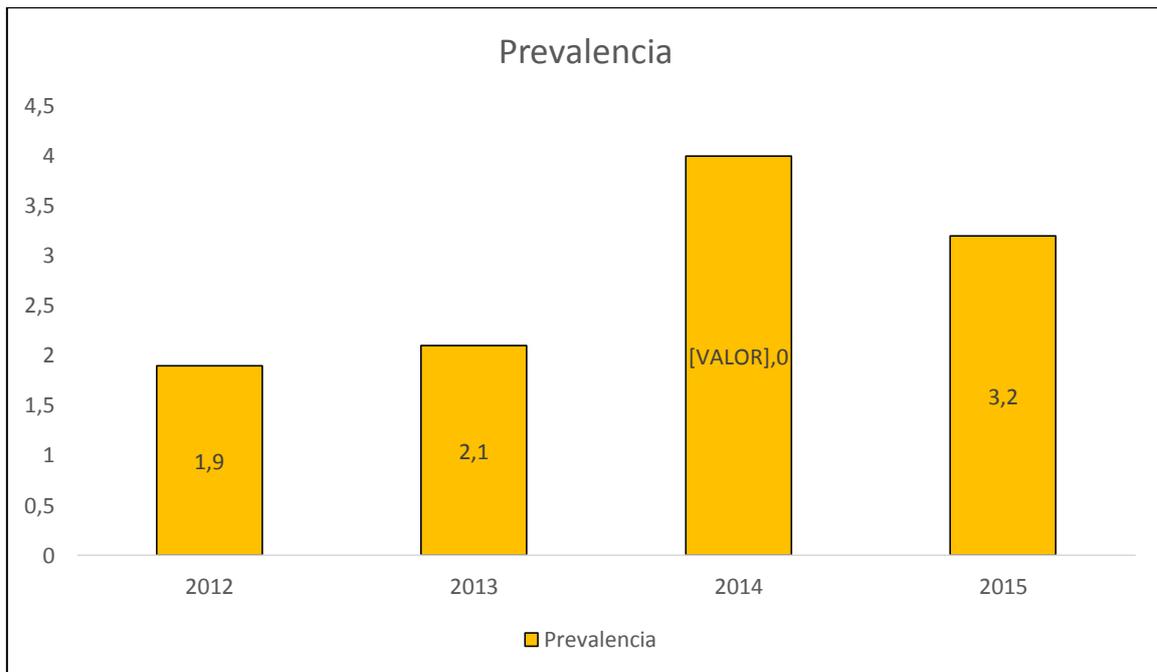
PREVALENCIA DE LA CONDILOMATOSIS

Año de estudio	Frecuencia	Incidencia
2012	18	1,9 %
2013	19	2,1 %
2014	17	4,0 %
2015	10	3,2 %
Total	64	

FUENTE: ESTADISTICA DEL HSMSI

Tabla 10: En relación a la incidencia de los casos de condilomatosis en los años de la investigación observamos que el año 2014 presento la incidencia mayor con un 4,0%, seguido del año 2015 con un 3,2%. La tabla nos muestra que en los dos

últimos años de estudio se incrementa la incidencia es decir que hay una tendencia ascendente.



VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se considera que un 75% de adultos sexualmente activos se infectarán alguna vez en su vida de VPH. Hay que tener en cuenta que, además de causar verrugas genitales (VPH tipos 6 y 11), está ligado epidemiológicamente con el carcinoma de cérvix (VPH tipos 16 y 18) .Siendo la población adolescente a diferencia de la adulta donde se incrementa las ITS.

La infección por virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual que se presenta con mayor frecuencia ascendente en los últimos años, pero su incidencia y prevalencia, en la población general son diversas, aun en estudios con grupos bien definidos, los datos son influenciados por muchas variables, como el estilo de vida de la población analizada y de otros factores que afectan la historia natural de la enfermedad. Por ser una población pequeña no se aplicó la fórmula para el cálculo de la muestra por ello se trabajó con el 100% de la población afectada.

Prevalencia de condilomatosis en el hospital “Augusto Hernández Mendoza”, Es Salud, Ica, Perú. Participantes: Gestantes adolescentes. Entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de junio de 2014. La leucorrea, vulvovaginitis y las infecciones de

transmisión sexual son prevalentes entre las adolescentes. Este grupo es susceptible por tener relaciones sexuales sin medidas de protección adecuadas. En el estudio encontramos 5,1% de casos de condilomatosis en las adolescentes por lo tanto nos indica que en el 2014 la prevalencia es mayor que los datos encontrados en el hospital santa maría del socorro Ica.

Prevalencia de condilomatosis según ENDES 2014 se identificó como probable ITS con 9,7% en mujeres entrevistadas.

- En relación a la prevalencia de condilomatosis en la población gestante atendida en el Hospital Santa María del Socorro fue: 2012 (1,9%); 2013 (2,1%); 2014 (4%); 2015 (3.2%) nuestros datos difieren con encontrados **por Jiménez V. Carlos** “Prevalencia de Condilomas Acuminados en Mujeres que acuden a detección oportuna de cáncer de cuello uterino en el primer nivel de atención” 2010: Donde la prevalencia de infección por virus del papiloma humano varía entre el 20 a 30% en mujeres de 20 a 24 años de edad y posteriormente disminuye a 3 a 10% en mujeres mayores de 30 años.
- Con respecto a la localización de los condilomas en la presente investigación se encontró zona vaginal con 31,3% (n=20), seguido de perineal y cervical con 29,7%(n=19). Nuestro estudio discrepa con los resultados obtenidos por **Dra. Quintero Becerra Nina**. *En su investigación “Virus del papiloma humano en el embarazo”* donde encontró la ubicación bulbo perineal (80%), vaginal (35%) y en cérvix (20%).³⁴
- En relación a la vía de terminación del parto fue el 78,1% por cesárea y el 21,9% por vía vaginal lo que se puede relacionar con la localización ya que 31,3% en la vía vaginal seguido perineal y cervical con 29,7% en ello radica la vía de terminación del parto por cesárea para evitar la contaminación al recién nacido. Varios estudios han demostrado la inoculación viral de la porción superior del aparato respiratorio fetal que puede causar condilomatosis en niños y lactantes. Tales lesiones puede provocar obstrucción respiratoria. Nuestros resultados coinciden con **Cedeño Pozo, Adriana (2013)**; donde el 56% de las embarazadas fueron sometidas a cesárea y el 13% de los casos a parto vía vaginal.¹³

VIII. CONCLUSIONES

El total de expedientes clínicos que cumplan los criterios de inclusión, 2012 al 2015 en el hospital Santa María del Socorro Ica y tuvo como objetivo: determinar la localización de condilomatosis y vía de terminación de parto en gestantes en una población y muestra fue de 64 gestantes.

Del análisis de los resultados se concluye que:

1. En cuanto a la investigación realizada se concluye que el mayor porcentaje de la localización de condilomatosis se observó en la zona vaginal por lo tanto la vía de terminación del parto fue por cesárea para evitar el contacto del recién nacido con las lesiones condilomatosas.
2. En relación a la incidencia de los casos de condilomatosis en los años de la investigación observamos que el año 2014 presento la incidencia mayor con un 4,0%, seguido del año 2015 con un 3,2%. La tabla nos muestra que en los dos últimos años de estudio se incrementa la incidencia es decir que hay una tendencia ascendente.

3. La localización más frecuente del condilomatosis es en la zona vaginal con un 31,3% seguido se puede observar la zona cervical y perineal con un 29,7% cada una y el menos frecuente con 9,4% es la zona anal, por lo que nos da entender que la mayoría de los casos de condilomatosis es en zona vaginal por lo tanto la vía de terminación del parto fue por cesárea.
4. En el último cuadro llegamos a la conclusión de que la vía de terminación del parto predominante es por cesárea (78,1%) y el porcentaje mínimo fue parto vaginal con (21,9%).

IX. RECOMENDACIONES

1. Durante la atención prenatal se debe examinar de manera minuciosa los genitales para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y brindar la consejería sobre ITS especialmente sobre la forma de identificar las lesiones condilomatosas.
2. Reformular las actividades preventivo promocionales dirigidas a los adolescentes de las instituciones educativas secundarias y de educación superior en vista que son los casos más frecuentes de nuestra investigación.
3. Efectuar a toda paciente con factores de riesgo para ITS y condilomatosis la toma de Papanicolaou como medida de detección de la infección de Papiloma virus humano y patología cervical asociada, así tomas de pruebas rápidas de VIH y Sífilis por existir aumento importante de estas infecciones de transmisión sexual. Promover en la población en general la importancia de evitar conductas de riesgo como lo son el inicio precoz de la

vida sexual y las múltiples parejas, en vista que son factores de riesgo para las ITS en general

4. Sensibilizar a la población joven y adulta sobre las conductas protectoras en ITS como la monogamia, fidelidad y uso adecuado del condón de esa manera podemos prevenir y disminuir el contagio de este virus.

Las instituciones de salud como el Hospital Santa María del Socorro deben elaborar una guía clínica de atención para los casos específicos de gestantes con condilomatosis tanto para el tratamiento durante la gestación como para determinar la vía de terminación del embarazo.

ANEXOS: FUENTE DE INFORMACIÓN

1. Dr. Morales Rodríguez, Alfredo y colaboradores condiloma acuminado y embarazo. Consideraciones en la atención prenatal [Internet].2015. vol. 17.No 2 [citado 15 may 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000200010
2. Raymundo S. Virus del Papiloma Humano en la Neoplasia Intra cervical Tratamiento Actual [Internet]. 2001. Vol.12.No 23 [citado 15 Dic 2015]. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/36165/1/sanchezpale.pdf>
3. Organización Mundial Salud Infecciones de transmisión sexual. [Internet] 2015. Rev.45. (Citado 1 Dic 2015). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

4. Dra. Nina Gyneé Quintero Becerra. Virus del papiloma humano en el embarazo (citado 2012) 2012.Mexico.No45 vol.34.<http://www.inper.mx/descargas/pdf/VPH.pdf>
5. Romo A. Infección por el Virus Papiloma Humano en Varones parejas de Mujeres Infeccionadas y Concordancia del tipo Viral. [Internet] 2011.España.No56.Vol:12. (Citado 1 Dic 2015). Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/110824/1/DME_Romo_Melgar_A_InfeccionPorVirus.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.Colombia.Vol.56.No23. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200012
7. Morales Rodríguez y colaboradores (2015). "Condilomatosis y Embarazo. Consideraciones en la Atención Prenatal" Hospital General Tomás Carrera Galiano. Trinidad Sancti Spiritus. Tesis Doctoral. Cuba.
8. Pinos D. Prevalencia y factores de riesgo de Virus del Papiloma Humano en pacientes indicadas para colposcopia. Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" Guayaquil 2014. [Internet] 2014. (citado 10 Dic 2015)Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1828/1/TESIS%20INCIDENCIA%20DE%20CONDILOMATOSIS%20GENITAL%20EN%20EL%20EMBARAZO.pdf>
9. 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. Ecuador.(citado 10 Dic 2015) Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/3418/1/T-UCSG-PRE-MED-308.pdf>
10. Rocha C. Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras [Internet] 2012. Rev.45.Vol.56.(citado 1 Dic 2015) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2012/cog122k.pdf>

11. Coronel V. Prevalencia e Infección por Virus de Papiloma Humano de alto riesgo y factores asociados en mujeres que acudieron al centro de atención ambulatoria 302 del IESS en el año 2013 cuenca 2013 . [Internet] 2013. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20238/1/TESIS.pdf>
12. Rodríguez D. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. [Internet] 2014. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2014/cog142i.pdf>.
13. 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>
14. Dionicio J. 2006 “los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes ante las enfermedades de transmisión sexual” [Internet] 2014. (Citado 1 Dic 2015) Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_0f6f0fde47fa5aa883db3d4a4a281bb8/Details.
15. Morales Rodríguez y colaboradores (2015). “Condilomatosis y Embarazo. Consideraciones en la Atención Prenatal” Hospital General Tomás Carrera Galiano. Trinidad Sancti Spiritus. Tesis Doctoral. Cuba.
16. Pinos D. Prevalencia y factores de riesgo de Virus del Papiloma Humano en pacientes indicadas para colposcopia. Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” Guayaquil 2014. [Internet] 2014. (citado 10 Dic 2015) Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1828/1/TESIS%20INCIDENCIA%20DE%20CONDILOMATOSIS%20GENITAL%20EN%20EL%20EMBARAZO.pdf>

17. 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. Ecuador.(citado 10 Dic 2015) Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/3418/1/T-UCSG-PRE-MED-308.pdf>
18. Rocha C. Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras [Internet] 2012. Rev.45.Vol.56.(citado 1 Dic 2015) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2012/cog122k.pdf>
19. Coronel V. Prevalencia e Infección por Virus de Papiloma Humano de alto riesgo y factores asociados en mujeres que acudieron al centro de atención ambulatoria 302 del IESS en el año 2013 cuenca 2013 . [Internet] 2013. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20238/1/TESIS.pdf>
20. Graciela Caridad Cabrera Acea¹, María Teresa Rodríguez Gandulla², Niurka Ramos Viera³, Yoan Bernárdez Cruz⁴ características clínico epidemiológicas de pacientes afectados por condilomatosis [Internet].2011. Vol. 9 No 4[citado 11 jul 2011]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000400007.
21. Dra. Nina Gyneé Quintero Becerra. Virus del papiloma humano en el embarazo (citado 2012) 2012.Mexico.No45 vol.34.<http://www.inper.mx/descargas/pdf/VPH.pdf>
22. Carlos Ramón Jiménez-Vieyra Prevalencia de condiloma acuminado en mujeres que acuden a detección oportuna de cáncer cérvico uterino en un primer nivel de atención [Internet].2010. vol. 78. No 2[citado 9 de feb 2010]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom-2010/gom102d.pdf>.
23. Sulca Solórzano, Susana Betzabe. Relación entre el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en gestantes adolescentes [Internet]. 2014. Vol.5.No

- 7[citado 2014]. Disponible en: <http://www.calameo.com/books/0021424720dbf173098e7>.
24. Santos C. Simposio Virus de Papiloma Humano y Cáncer Uterino en el Perú. [Internet] 2007. (citado 10 Dic 2015) Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428184006.pdf>
25. María Valderrama c, y colaboradores factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano [internet] 2007. vol. 24.no 4 (citado 2007). disponible en: http://http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v24_n3/pdf/a06v24n3.pdf.
26. Vargas B. "Conocimiento, actitudes y prácticas de los alumnos del Instituto superior Tecnológico Catalina Buendía de Pecho – Ica acerca de las Enfermedades de transmisión sexual 2004"
27. Rengifo S. Inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares de la ciudad de Ica 2014. Rev. méd panacea. [Internet] 2014. (citado 1 Dic 2015); 4(1): 8-12.Disponible en: <http://revpanacea.pe/index.php/RMP/article/view/82>
28. Coronel V. Prevalencia e Infección por Virus de Papiloma Humano de alto riesgo y factores asociados en mujeres que acudieron al centro de atención ambulatoria 302 del IESS en el año 2013 cuenca 2013 . [Internet] 2013. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20238/1/TESIS.pdf>
29. Rodríguez D. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. [Internet] 2014. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2014/cog142i.pdf>.
30. Guía de Manejo Sindromicos de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en Salud. [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>
31. Romo A. Infección por el Virus Papiloma Humano en Varones parejas de Mujeres Infectadas y Concordancia del tipo Viral. [Internet]

- 2011.España.No56.Vol:12. (Citado 1 Dic 2015). Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/110824/1/DME_Romo_Melgar_A_InfeccionPorVirus.pdf
32. Rigol O. Obstetricia y Ginecología Edición 2004 Habana, pagina 397 [Internet} 2012. (citado 1 Dic 2015). Disponible en: https://apuntesdemedicina.files.wordpress.com/2012/01/ginecologia_obstetricia.pdf
33. Álvarez M. Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Revista Habanera de Ciencias Médicas. [Internet] 2014.Colombia.Vol.56.No23. (citado 1 Dic 2015) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200012
34. Dra. Nina Gyneé Quintero Becerra. Virus del papiloma humano en el embarazo (citado 2012) 2012.Mexico.No45 vol.34.<http://www.inper.mx/descargas/pdf/VPH.pdf>
35. Jaled M. Virus Papiloma Humano (HPV) Parte II - Clínica y terapéutica. [Internet} 2005. (citado 1 Dic 2015). Disponible en: <http://bvsalud.org/portal/resource/es/lil-714929>
36. Organización Mundial Salud Infecciones de transmisión sexual. [Internet} 2015. Rev.45. (Citado 1 Dic 2015). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
37. Bosch FX, de San José S, Castellsagué. Epidemiología de la infección por el Virus del papiloma humano y del cáncer Instituto Catalá oncología. L' Hospitalet de Llobregat. Barcelona. [Internet} 2007. (citado 1 Dic 2015). Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13190827&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=58&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v33nSupl.2a13190827pdf001.pdf
38. Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Huath JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetricia. 23° Edición Tomo II México 2011. Págs 1245-1246.
39. Mosby pocket diccionario de medicina, enfermería y ciencia de la salud 6ta edición 2010 Barcelona, España.

40. www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/.
41. Pérez Sánchez. Obstetricia. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Tercera Edición. 1999. Pág. 733-743 y 870.
42. Mongrut A. Tratado de Obstetricia Normal y patología 5ta Edición Lima - Perú 2011. Pág. 432
43. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/604pregnancy-eng.pdf>.
44. http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestante
45. En: Documentos de Consenso S.E.G.O. 2002 Editorial Meditex 2003; 45-103.
46. Robert V. Higgins, MD, Asóciate Director of Gynecologic, Department of Obstetrics and Gynecology, Carolinas Medical Center, University of North Carolina. Condiloma Acuminatum, September 2002

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Instrumentos	Fuente
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la localización de condilomatosis y vía de terminación de parto en gestantes atendidas en el hospital Santa María del Socorro durante los años 2012-2015?</p> <p>1.3.2. Problemas Secundarios</p> <p>¿Cuál es la incidencia de condilomatosis en la población gestante atendida en el Hospital Santa María del Socorro en los años 2012- 2015?</p> <p>¿Cuál es la localización de las lesiones condilomatosas en las gestantes atendidas en el HSMSI en los años 2012 – 2015?</p> <p>¿Cuál es la vía de terminación del parto en la población gestante con condilomatosis atendida en el Hospital Santa María del Socorro en los años 2012-2015?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la localización de condilomatosis y vía de terminación de parto en gestantes atendidas en el hospital santa María del socorro durante los años 2012-2015?</p> <p>Objetivo Especifico</p> <p>- Determinar la incidencia de condilomatosis en la población gestante atendida en el Hospital Santa María del Socorro en los años2012- 2015.</p> <p>- Identificar la localización de las lesiones condilomatosas en las gestantes atendidas en el HSMSI en los años 2012 – 2015?</p> <p>- Determinar es la vía de terminación del parto en la población gestante con condilomatosis atendida en el Hospital Santa María del Socorro en los años 2012-2015?</p>	<p>HA=La localización de las lesiones condilomatosas se relacionan con la vía de terminación del parto en las gestantes atendidas en el HSMSI en los años 2012 – 2015.</p> <p>Hnula: No existe relación entre la localización de lesiones condilomatosas con la vía de terminación del parto en gestantes atendidas en HSMSI en los años 2012-2015.</p>	<p>V. Independiente</p> <p>Localización de condilomatosis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perineal • Anal • Vaginal • Cervical. 	<p>Ficha de datos</p>	<p>Historias clínicas</p>
			<p>V. Dependiente</p> <p>Vía de terminación de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea • vaginal 		
			<p>V. INTERVINIENTE</p> <p>Gestante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestante adolescente • Gestante adulta. 		



“LOCALIZACION DE CONDILOMATOSIS Y SU RELACION CON LA VIA DE TERMINACION DEL PARTO EN GESTANTE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO 2012-2015”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de Ficha _____

N° de HC _____

1. EDAD:

- a) 10 a 13 años ()
- b) 14 a 19 años ()
- c) 20 a 50 años ()

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

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

3. ESTADO CIVIL:

- a) Soltera ()
- b) Casada ()
- a) Conviviente ()

4. PARIDAD:

- a) Ningún hijo ()
- b) 1 – 2 hijos ()
- c) 3 – 4 hijos ()
- d) 5 a más hijos ()

5. LUGAR DE LOS CONDILOMAS

- a) Perineal ()
- b) Anal ()
- c) Vaginal ()
- d) Cervical ()

6. NUMERO DE LESIONES:

- a) Única ()
- b) Múltiples ()

7. EDAD GESTACIONAL DEL DIAGNOSTICO:

- a) Antes de las 20 sem ()
- b) 28 a 36 sem ()
- c) 37 a 41 sem ()

8. TRATAMIENTO:

Si () No ()

Cual: _____

9. VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO:

- a) Vaginal ()
- b) Cesárea ()

