

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA INFANTIL Y JUVENIL
HOSPITAL Dr. JOSE MANUEL DE LOS RIOS

**LESIÓN INTRAEPITELIAL CERVICAL ASOCIADA A INFECCION POR VPH EN
ADOLESCENTES SEXUALMENTE ACTIVAS**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Ginecología Infantil y Juvenil

Anamar Pérez Loyo

Tutora: María Mercedes Pérez

Caracas, mayo2012

Dra. Maria Mercedes Pérez Alonzo
Tutora

Dra. Fanny Margot Carrero Cubero
Directora del Curso

Dr. Alfredo José Caraballo Mata
Coordinador del Curso

Lic. Douglas Angulo
Asesor Estadístico

DEDICATORIA

A Dios por iluminar mi camino con amor

A mis padres por su apoyo incondicional, amor y paz brindada

A mis profesores por su dedicación y enseñanzas

A mis compañeros por su colaboración incondicional

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	4
MÉTODOS	19
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	26
REFERENCIAS	29
ANEXOS	33

ADOLESCENTE SEXUALMENTE ACTIVA. LESIÓN INTRAEPITELIAL CERVICAL ASOCIADA A INFECCIÓN POR VPH

Anamar Pérez Loyo, C.I 11977052. Sexo: Femenino, E-mail:
hidalgoprospiedad@yahoo.es Telf: 04241493543/02124827464. Dirección: Esq.
San francisquito a Aguacate Edif. Acosta Ferro II, piso 4 Apartamento 26,
Parroquia San Juan, Caracas. Curso de Especialización Ginecología Infanto
Juvenil;

Tutor: **María Mercedes Pérez**. Sexo: femenino, E mail: mperez62@gmail.com.
Tlf: 04166335178. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Ginecología Infanto
Juvenil

Resumen

Introducción: Las adolescentes sexualmente activas están expuestas a infecciones de transmisión sexual (ITS) como el VPH y su asociación a lesión intraepitelial (LIE) de cuello uterino aumentando el riesgo de cáncer. **Objetivo:** Evaluar la frecuencia de LIE cervical asociada a VPH en adolescentes sexualmente activas. **Métodos:** Estudio descriptivo y prospectivo y analítico que incluye 46 adolescentes sexualmente activas, se realizó encuesta, citología, colposcopia, biopsia y tipificación (PCR) para VPH. Exclusión: Leucemia, Linfoma, HIV/SIDA, IRC, Inmunosupresión, DM, Enfermedad del colágeno y RM. **Resultados:** Edad promedio 14, nivel educativo secundario (56,5%), edad de menarquía 10-12 (60,9%), edad de inicio de actividad sexual promedio 14,65, número de parejas sexuales I (58,7%). Conocimiento de ITS (91,3%), VPH (69,3%), VIH/SIDA (69,6%), Gonorrea (47,8%), Sífilis (39%), sufre ITS (8,7%), pareja con ITS (6,5%), uso de condón (39%), uso de anticonceptivo oral (41,3%), uso de condón en relación al inicio de la actividad sexual fue <3 meses (23,9%) , Citología: ASCUS (6,5%), Inflamatorio severo (8,7%), Inflamatorio Inespecífico (2,2%), LIEAG+VPH (2,2%). Colposcopia: ZIN (30,4%), EBA (26,1%), Puntillado (17,4%), normal (15,2%), Mosaico (10,9%). Biopsia: normal (47,8%), LIEBG+VPH (32,6%), LIEAG+VPH (8,7%), Inflamatorio Severo (6,5%), Inflamatorio Moderado (4,3%), Biopsia: normal (47,8%), LIEBG+VPH (32,6%), LIEAG+VPH 8,7%,

Inflamatorio Severo (6,5%), Inflamatorio Moderado (4,3%). Tipificación VPH (PCR): genotipo 6 (28,3%), 11 (28,3%), 16 (2,2%), 18 (2,2%), positivo no tipificable 5 (10,9%), negativo (34,8%).

Conclusiones: Las adolescentes representan un grupo de riesgo para VPH y LIE cervical por lo que se debe establecer educación dirigida, promover control ginecológico precoz, uso de método de barrera.

Palabras Claves: adolescentes, sexualmente activas, riesgo, VPH, LIE

Summary

Introduction: The sexually active adolescents are exhibited to infections of sexual transmission (ITS) as the HPV and their association to intraepithelial injury (LIE) of uterine neck increasing the risk of cancer. **Objective:** To evaluate the frequency of ROLLS cervical associate to HPV in sexually active adolescents. **Methods:** Descriptive, prospective and analytical study that includes 46 sexually active adolescents, was realised survey, cytology, colposcopy, biopsy and standardisation (PCR) for HPV. Exclusion: Leukemia, Linfoma, VIH/SIDA, IRC, Immunosuppression, DM, Disease of colageno and RM. **Results:** Age average 14, secondary educative level (56.5%), age of menarcha 10-12 (60.9%), age of beginning of sexual activity average 14.65, number of sexual pairs I (58.7%). Knowledge of ITS (91.3%), HVP (69.3%), VIH/SIDA (69.6%), Gonorrhoea (47.8%), Syphilis (39%), undergoes ITS (8.7%), pair with ITS (6.5%), use of condom (39%), use of oral contraceptive (41.3%), use of condom in relation to the beginning of the sexual activity was <3 months (23.9%), Cytology: ASCUS (6.5%), Inflammatory severe (8.7%), Inflammatory Inespecífico (2.2%), H-SIL+HPV (2.2%). Colposcopia: ZIN (30.4%), EBA (26.1%), Puntillado (17.4%), normal (15.2%), Mosaic (10.9%). Biopsy: normal (47.8%), L-SIL+HVP (32.6%), H-SIL+HVP (8.7%), Inflammatory Severe (6.5%), Inflammatory Moderate (4.3%), Biopsy: normal (47.8%), LIEBG+HPV (32.6%), H-SIL+HPV 8.7%, Inflammatory Severe (6.5%), Inflammatory Moderate (4.3%). viral determination with polymerase chain reaction (PCR): genotype 6 (28.3%), 11 (28.3%), 16 (2.2%), 18 (2.2%), non tipificable positive 5 (10.9%), negative (34.8%). **Conclusions:** The adolescents represent a group of risk for HPV and SIL cervical reason why directed

education is due to establish, to promote precocious gynecological control, use of barrier method.

Key words: adolescents, sexually active, risk, HPV, SIL

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un importante problema de salud en la población adolescente, debido a que el 50 por ciento de todas ellas sucede a esta edad; las tasas de infección por virus del papiloma humano (VPH ó HPV, su sigla en inglés más conocida) son más altas en dicha población, con una prevalencia acumulada de hasta 82 por ciento en grupos seleccionados ⁽¹⁾.

Las adolescentes sexualmente activas están expuestas, a diferentes infecciones de transmisión sexual con una alta probabilidad de infectarse con el virus papiloma humano y sus consecuencias desde la infección latente hasta las verrugas genitales ⁽¹⁾.

En las últimas décadas se han publicado numerosos reportes sobre el Virus del Papiloma Humano y su relación con las lesiones intraepiteliales de cuello uterino, así como con el desarrollo de carcinoma epidermoide y adenocarcinoma in situ o invasor; siendo el cáncer de cuello uterino (CCU) la segunda causa más frecuente de cáncer entre las mujeres de todo el mundo con aproximadamente medio millón de casos diagnosticados anualmente ⁽²⁾.

Por muchos años se ha utilizado la prueba de Papanicolaou como método de despistaje por su sencillez, bajo costo y facilidad de procesamiento, así mismo, la colposcopia representa un método complementario para identificar y ubicar las lesiones en la zona de transformación por lo que permite realizar una biopsia dirigida ⁽³⁾.

En la actualidad existe otro método diagnóstico más específico en cuanto a certeza diagnóstica; la reacción en cadena de la polimerasa, ésta útil técnica permite replicar miles de veces pequeñas cantidades de ADN, suministrando así resultados específicos y rápidos de diagnóstico por VPH. Sin embargo es un método costoso y poco accesible al paciente, por lo que no se realiza como método de rutina ⁽³⁾.

Planteamiento y delimitación del problema

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano comprendida entre la niñez y adultez donde se producen rápidos y profundos cambios en la esfera biopsicosocial del individuo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarca de 10 a 19 años ⁽⁴⁾.

Desde el punto de vista biológico basándose en las características anatómicas e histológicas propias del epitelio cervical en la adolescente (ectopias grandes y metaplasia escamosa) con bajos niveles de inmunoglobulina A (IgA) predisponen a que estos cuellos sean inmaduros y que el tejido sea más vulnerable frente a algunas noxas oncogénicas ⁽⁵⁾.

En el ámbito psicosocial los factores de mayor riesgo en la adolescencia lo constituyen el hábito tabáquico, alcohólico y drogadicción, inicio precoz de la actividad sexual caracterizada por monogamia seriada, comportamientos exploratorios y en algunos casos múltiples parejas. Cabe destacar que la resistencia al uso de métodos de barrera, falta del control ginecológico aunado a la disfunción familiar presente en algunas sociedades ha contribuido a un aumento de la incidencia y morbilidad de las lesiones intraepiteliales de cuello uterino e infecciones por VPH en los países subdesarrollados ⁽⁶⁾.

Justificación e importancia de la investigación

La adolescente tiene mayor riesgo a cambios de conducta, vulnerabilidad y búsqueda de nuevas experiencias entre ellas las sexuales, pudiera obtener información inapropiada a través de diferentes medios. Desde el punto de vista social, la disfunción de la dinámica familiar ejerce un rol importante en la conducta del adolescente.

Desde el punto de vista científico las infecciones de transmisión sexual, siguen siendo un problema de salud pública en Latinoamérica y va en ascenso por el inicio temprano de las relaciones sexuales, el comportamiento sexual propio de la adolescente e inadecuado uso de los métodos anticonceptivos de barrera, ocasionando incremento del riesgo de las infecciones por el VPH y su asociación a la aparición de lesiones intraepiteliales en edades tempranas de la adolescencia.

En base a lo antes expuesto, surgió la iniciativa de realizar esta investigación con la finalidad de hacer un despistaje más precoz en las adolescentes a través de la citología, colposcopia, biopsia y tipificación de VPH, de manera que este grupo atareo se vea beneficiado y orientado a una mejor salud sexual y reproductiva.

Antecedentes

Desde la primera descripción de hallazgos positivos en pacientes menores de 20 años realizada en 1961 se ha observado que las adolescentes sexualmente activas presentan un alto riesgo de desarrollar patología cervical ^(7,8) y en algunos países se desconoce la real incidencia de la patología. Sin duda existe un aumento considerable de la incidencia de lesiones intraepiteliales en el grupo de adolescentes a lo largo de las décadas ⁽⁷⁾.

Diferentes trabajos coinciden en la importancia de realizar la citología en la adolescente con actividad sexual de forma periódica e incluirlo en los programas de pesquisa ⁽⁸⁾ y se sugiere realizar controles semestrales por la velocidad con la que se pueden variar las lesiones, se describe que el 7 % puede cambiar de normal a anormal en 6 meses ⁽⁹⁾.

La incidencia de cáncer de cérvix en Latinoamérica y el Caribe está entre las más altas del mundo (29,2 por 100.000 habitantes) ⁽¹⁰⁾. En Colombia, el cáncer de cérvix ocupa el primer lugar en incidencia (36,4 por 100.000), al igual que en Cartagena, según datos del registro poblacional de cáncer 2004⁽¹¹⁾. Venezuela tiene una

incidencia de 33,20 nuestro país, por lo que ocupó el segundo lugar como causa de muerte por cáncer⁽¹²⁾.

Adams et al ⁽¹³⁾ estudiaron 30 pacientes con displasia cervical reportado por su citología, el promedio de edad fue de 16.9 años la primera relación sexual fue a los 14.9 años, el número de parejas sexuales fue de 3.33 una o más de las enfermedades de transmisión sexual fue reportada en un 67% con cervicitis por clamidia representó un 53%. En la colposcopia vulvar o vaginal se identificó condiloma en 83% de los casos, los resultado de biopsia incluyó displasia moderada (43%); condiloma sin displasia (37%); y no evidencia de condiloma cervical o displasia cervical 20%. Las adolescentes están desarrollando altas tasas de displasia cervical en citologías anormales, requiriendo colposcopias y biopsias.

Moscicki et al ⁽¹⁴⁾ compararon los hallazgos colposcópicos en mujeres jóvenes quienes tuvieron ADN VIRAL VPH positivo y negativo, 84 mujeres de de 13-22 años fueron examinadas al colposcopio con acido acético y lugol. Se le realizó test DNA VPH con inclusión de genotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, y 35. Las biopsias fueron tomadas con lesiones identificadas en las colposcopias o citología sugestiva de neoplasia. Se aplicó t de student y chi cuadrado y se compararon las variables colposcópicas con tipo de DNA, de 17 DNA positivos 9 fueron 16 y 18, las pacientes con genotipo 16 y 18 tuvieron 1.7 lesiones visibles al colposcopio comparado con 0.7 lesiones visibles en aquellos DNA VPH negativos para genotipo 16 y 18, de 4 mujeres quienes tuvieron displasia por citología e histología fueron positivos para genotipo 16 y 18, concluimos que nuestra población ha estado sexualmente activa por muy cortos períodos de tiempo concluimos que las que posean genotipos 16 y 18 positivos desarrollaran lesiones significantes rápidamente comparado con otros tipos.

Mount et al ⁽¹⁵⁾ determinaron las tasas de prevalencia de la lesión escamosa intraepitelial, así como los procesos infecciosos y reactivos en 10296 citologías de pacientes de 10 a 19 años de edad de razas blancas provenientes de zonas urbanas y sub-urbanas de Nueva Inglaterra, recogidos durante un año y clasificado de

acuerdo con el sistema Bethesda. De los 10.296 citología 7.208 (70.01%) fueron normales, 1.689 (16.4%) presentaron cambios celulares benignos 1.004 (9,75%) se observaron células escamosas atípicas de significación indeterminada, 388(3.67%) lesión escamosas intraepitelial y en 7 (0.06%) células glandulares atípicas de significado indeterminado.

Correnti et al ⁽¹⁶⁾ estudiaron 1.046 mujeres y reportaron una prevalencia de VPH variable en la zona Oriental: 85%, Occidental: 40% y área metropolitana: 67%. Se observó una alta prevalencia de VPH de alto riesgo oncogénico (70%) asociada a lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEbg) y lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEag); representando 45% para muestras positivas VPH alto riesgo oncogénico y citología normal. El genotipo de mayor circulación en Venezuela es el 16 (alto riesgo oncogénico). El grupo de investigación ha estudiado 120 pacientes seleccionados de servicios de salud privados a las cuales se les pudo realizar todos los exámenes de biología molecular, colposcopia e histopatología (la edad promedio fue de 24 años) distribuidos en Grupo I de pacientes con cambios morfológicos de infección por VPH y/o pacientes sin alteraciones clínico patológicas, en quienes la presencia de lesiones en su pareja condujo al estudio tipificación viral; Grupo II: pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado; Grupo II pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado el resultado fue 66% de los pacientes presentaron genoma viral. El análisis de tipificación viral en las muestras de PCR positivos, mostró 45% presentaron VPH alto riesgo oncogénico, 26,6% infección mixta, 5% VPH de bajo riesgo oncogénico y el 23,4% no tipificables. Se obtuvo una menor frecuencia de VPH de alto riesgo oncogénico en pacientes sin cambios morfológicos sugestivos de VPH en la citología (23,3%) con respecto a los pacientes con LIEbg y LIEag (56,25% y 50% respectivamente, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.00001$)).

En un esfuerzo conjunto que se realiza entre la Organización de Bienestar Estudiantil de la Universidad Central de Venezuela (OBE), el Vicerrectorado Académico – UCV, Instituto de Oncología y Hematología del Ministerio de Salud y

Desarrollo Social, Instituto de Biomedicina de Caracas y FONIACIT, se ha establecido desde 1996 un programa de atención a los estudiantes de la UCV en el área de Ginecología y Urología para la detección de VPH y su asociación con lesiones intraepiteliales del tracto genital femenino y masculino. En este estudio se han atendido aproximadamente 2.259 estudiantes en el servicio de Obstetricia y Ginecología de OBE-UCV y en esta población se seleccionaron 107 pacientes que presentaron un diagnóstico clínico e histopatológico de lesiones sugestivas de VPH y/o NIC I,II,III. La edad promedio fue de 25 años (rango de 16 – 35 años). En la población estudiada se observó que el 60,75% de las pacientes (65/107) presentó el genoma viral. La infección viral se detectó en el 59% (41/70) de las muestras cervicales. En las muestras de cérvix positivos para VPH, el 80,5% (33/41) fueron VPH-AR; el 2,5% (1/41) correspondió a VPH – BR y el 17% (7/41) no fue tipificables. En relación al estudio Histopatológico se observó: en cérvix, el 64,28% (45/70) de las pacientes presentaron cambios sugestivos por VPH; 28,57% (20/70) NIC I; 5,72% (4/70) NIC II; 1,43% (1/70) NIC III. Se observó, que las pacientes con diagnóstico de cambios sugestivos por VPH presentaron virus de alto riesgo en un 81% (17/21) en las muestras cervicales. En las lesiones de NIC II y NIC III, la tipificación correspondió en su totalidad a la presencia de VPH- AR oncogénico. En relación a los hallazgos colposcópicos, se encontró que el Epitelio Blanco al Acético (EBA) fue la atipia más frecuente, representando el 67,14% (47/70) y detectándose el genoma viral en el 57,44% (27/47) de las pacientes.

Arias ⁽¹⁷⁾ evaluó 31 pacientes que asistieron a la consulta de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital JM de los Ríos, entre mayo 1998 a Febrero 2000, se tomaron muestras para tipificación viral por biopsia de condilomas y por hisopado de pool vaginal y cuello uterino realizándose PCR para Captura Híbrida y doble PCR y su resultado en el grupo de adolescentes fue 10 pacientes entre 12 y 17 años, 7 con vida sexual activa y 3 lo negaron. La tipificación viral reportó 9 PCR (+) y 1 PCR (-), el cual se concluyó para falso positivo para VPH en el diagnóstico citológico. La Hibridación por sondas y el segundo PCR reportaron 2 casos de bajo riesgo

oncológico en lesiones tipo condiloma, 5 de alto riesgo oncológico y 2 con infección mixta (alto y bajo riesgo oncológico).

García et al⁽¹⁸⁾ establecieron conocer la frecuencia de patología del cuello en la adolescentes que acudieron a la consulta de ginecología infanto-juvenil del Hospital Dr. Domingo Luciani durante el periodo de septiembre 2001 septiembre 2002, se realizo un estudio descriptivo y prospectivo con una muestra de 125 pacientes con edades entre 14 y 19 años y se obtuvo como resultado inflamación inespecífica (58.4 %), inflamación específica (32%) y de estas el 57.5 % presento gardnerella, 25% candida, 12.5% tricomonas, 5% leptotrix. 95 colposcopias fueron normales (76%), 12 (10%) insatisfactorias y 18 (14%) reportaron epitelios blanco. De 18 biopsias, 14 no representaron lesiones (78%) Y 4 (28%) VPH, a este se le realizo PCR, siendo negativa.

Muller⁽¹⁹⁾ en su trabajo Correlación colposcópica en Adolescente de Bajo y Alto Riesgo, estudio descriptivo transversal de 92 adolescentes alto riesgo y bajo riesgo I clasificarlas 45 pacientes (49%) se incluyeron como grupo de bajo riesgo y 47 (51%) como alto riesgo. La edad de inicio de la actividad sexual fue de 14,38 años y de 15,44 años para bajo y alto riesgo respectivamente. Resultado de citología grupo bajo riesgo 41 (91,1%) fueron normales y 4 (8,9%) fueron anormales. Grupo de Alto riesgo 39 (82,9%) reportaron normales y 8 (17,1%) anormales. Los hallazgos colposcópicos en el grupo bajo riesgo 41 fueron normales (91,1%) y 4 (8,9%) fueron anormales, en el de alto riesgo 31 (65,9%) normales y 16 (34,1%) anormales.

Castellsague et al⁽²⁰⁾ en su ensayo clínico con dos vacunas de VPH, una bivalente frente a los VPH 16 y 18 y otra tetravalente a los VPH 6, 11, 18, demostraron que estas vacunas son seguras, inmunógenas y altamente eficaces para la prevención: de infecciones persistentes y, prevenciones de las lesiones precursoras inmediatas del carcinoma invasor del cuello uterino. La vacuna tetravalente es también eficaz para la prevención de las verrugas genitales o condilomas así como de las neoplasias de vulva y vagina. El pediatra desempeña una función clave en el éxito de

introducción de la vacuna en las niñas preadolescentes, la población diana prioritaria para conseguir su máximo potencial preventivo.

Ariel et al ⁽²¹⁾ realizaron un estudio epidemiológico cuantitativo, de tipo analítico descriptivo que buscó determinar los factores asociados a las lesiones neoplásicas del tracto genital inferior femenino en una población de 269 adolescentes, se aplicó una encuesta estructurada con las variables edad, nivel socioeconómico, nutrición aspectos psicológicos, sexuales, estrato socioeconómico, edad de inicio de actividad coital, y establecer la correlación con la presencia de lesiones neoplásicas, contrastando con el resultado de citología y colposcopia. Obtuvieron los siguientes resultados: del total de adolescentes estudiadas, el 85,8% tenían entre 16 y 19 años; 24,5% era de 19 años y la menor era de 12 años (0,4%). Reporte de citología normal, la población menor de 12 años representó 0,5%; el 37,8% se ubicó entre 12 y 16 años, y el 61,7% entre los 16 y 19 años, Los reportes de citología inflamatoria, el 100% de la población se encontraban entre los 16 y 19 años; para los reportes de Bajo Grado, se concretó el 24,6% de adolescentes entre los 12 y 16 años, el 75,4% entre 16 y 19 años. En cuanto a los reportes de Alto Grado, el 14,3% entre 12 y 16 años y el 85,7% entre los 16 y 19 años. Entre los 12 y 16 años apareció un porcentaje mayor de colposcopias típicas (37,4%), frente a las colposcopias atípicas (25,6%). En tanto entre los 16 y 19 años las colposcopias típicas y atípicas 62% y 74,4% respectivamente. Considerando la escolaridad con la básica y la secundaria, 61 (22,7%) tienen 10 años de estudio y 31 (11,5%), no tenían escolaridad. El 73,6% de adolescentes cursaban secundaria. Uso de condón: 94 personas contestaron que no usaban condón porque no les gustaba al compañero, de estas 25 tuvieron resultados de citología LIEbg, 3 LIEag, 64 citologías normales y 2 resultados inflamatorios. De estas mismas 94, 56 presentaron colposcopia típica normal y 38 presentaron colposcopia atípica anormal. 52 personas contestaron que no usaban condón porque no les gustaba a ellas, de estas 8 tuvieron resultado de citología LIEbg, ninguna LIEag, 41 citologías normales y 3 resultados inflamatorios. De estas mismas 52,44 presentaron colposcopia típica normal y 8 presentaron colposcopia atípica anormal. En cuanto al coito vaginal: de las 267 adolescentes que dijeron

haber tenido coito vaginal, 66,7% tuvieron colposcopia típica y 33,3% atípica. La mayoría de las adolescentes 208 tuvieron su primer coito vaginal entre los 12 y los 16 años y de ellas 73,1% tuvieron citología normal, 23,1% NIC I; 2,4% NIC II y solo 1,4% citología inflamatoria. De 38 adolescentes que tuvieron coito entre 16 y 19 años, 73% fueron normales, 18,4% NIC I, 5,3% inflamatorias y 2,6% tuvieron en su citología NIC II. De las 22 niñas menores de 12 años, el resultado de citología 71,4% normal, 23,8% NIC I y 4,8% NIC II, coincidiendo con la colposcopia típica obtenida por la mayoría de las niñas 66,3% en el grupo etario de 12 a 16 años frente a 33,7% de la misma edad que fueron atípicas. De las pacientes entre 16 y 19 años, el 63,2% tuvieron colposcopia típica y el 36,8% atípica. Entre las menores de 12 años, el 76,2% tuvieron colposcopia típica y el 23,8% fueron atípicas. Aspecto clínico: Confrontando datos entre colposcopia y citología: se encontró que la citología normal coincidió con la colposcopia típica en un 77,6% y la citología normal con la colposcopia atípica en un 22,4%. La citología inflamatoria coincidió con la colposcopia típica en un 80% y con la atípica en un 20%. La citología cuyo resultado fue LIEbg coincidió con la colposcopia típica en un 34,4% y con la atípica en un 65,6%. La citología cuyo resultado fue LIEag coincidió con la colposcopia típica en un 28,6% y con la atípica en un 71,4%. En cuanto al antecedente de ITS, 10 niñas manifestaron haber tenido estos antecedentes presentando 6 (60%) con citología normal y 4 (40%) con LIEbg y de 215 que no tuvieron antecedentes 156 (72,6%) citología normal, 49 (22,8%) LIEbg y 5 (2,3%) LIEag. En relación ITS y colposcopia, 20% tuvieron colposcopia típica y 80% atípica. De las que dijeron no haber tenido ITS, 68,8% tuvieron colposcopia típica y 31,2% atípica.

Marina et al ⁽²²⁾ determinaron la frecuencia de lesiones pre malignas y malignas de cérvix en adolescente y mujeres jóvenes. Estudio descriptivo transversal de 136 historias clínicas de pacientes entre 14 y 24 años, a quien se le realizó citología, colposcopia, y estudio histopatológico. Como resultado: la edad media fue de 21 años, la de inicio de vida sexual de 16 años y del primer embarazo de 15 años. El 51.4% informaron 2 o más compañeros sexuales, 26.4% eran adolescentes y 73.6% adultas jóvenes (20-24). El 48,5% tuvo citología anormal, se observó hallazgo

colposcópico de lesiones pre malignas 35,3%, se realizaron 50 biopsias LIEbg (78%) y LIEag (18%) y cáncer de cérvix infiltrante 2%.

Monteiro et al ⁽²³⁾ realizaron un estudio longitudinal, del tipo de lesión intraepitelial cervical en adolescentes, la incidencia y el pronóstico de tales lesiones. Se estudiaron 846 adolescentes sexualmente activas atendidas entre 1993 y 2006, se calcula la incidencia de alteraciones citopatológicas en 5 años y después del diagnóstico fueron 403 pacientes las que cumplieron con los criterios de inclusión observando una incidencia de 24,1% de lesiones cervicales dentro del primer año de actividad sexual y descendiendo en los 4 años siguientes en un 3 a 8%. LIEbg fueron las lesiones más frecuentes y al observar la evolución de las mismas, en 24 meses del diagnóstico inicial, 147 adolescentes tuvieron anomalías citopatológicas. La mediana del intervalo del momento del primer diagnóstico fue de 12 meses y después 2 años de seguimiento por citología: la regresión de ASCUS fue 91%, LIEbg 63,6% y LIEag 50% y la progresión de LIEbg 6,1%. En el grupo que se realizó biopsia la regresión en 2 años fue NIC I 59,4% y NIC II 71,4%, mientras que la progresión de NIC I a NIC II y III fue de 3,1%.

Marco teórico

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la adultez en la que se producen rápidos y profundos cambios en la esfera biopsicosocial del individuo ⁽²⁴⁾. Según el artículo 2 de la ley Orgánica de Protección del Niño y del Adolescente: se entiende por adolescente toda persona con doce años o más y menos de dieciocho años ⁽¹²⁾.

La evolución reciente de la mujer joven ha llevado a una sociedad sexualmente permisiva que facilita la actividad sexual precoz, con múltiples parejas ⁽²⁵⁾ en monogamia seriada o relaciones simultáneas, muchas veces condicionadas al consumo tabaco y alcohol, y en algunos casos drogas. Numerosas variables del desarrollo contribuyen a un mayor riesgo de adquisición de Infecciones de

transmisión sexual (ITS) y/o lesiones intraepiteliales cervicales, en las adolescentes, e incluyen maduración psicosexual, desarrollo cognitivo, maduración biológica, conocimientos y percepciones, destrezas de atención y el contexto sociocultural.

En cuanto a la topografía cervical, hay que recordar que el cuello uterino está revestido por dos epitelios: en el canal por el cilíndrico simple o columnar, secretor de moco y fuera del pavimento estratificado. La línea que demarca los dos epitelios corresponde a la unión escamo columnar (UEC). Ella corresponde el sitio de asiento de un proceso de metaplasia escamosa (ME) de diversos grados iniciado por la proliferación de las células de reserva, elementos indiferenciados, que se encuentra normalmente por debajo y entre las células columnares. La localización de la UEC varía con la edad y paridad de la misma mujer y de una y otra. La mayoría de las mujeres llegan a adolescente con las siguientes características cervicales: Ectopias más o menos grandes y zonas de transformación de ubicación diversa. La paridad influye en la extensión de la ectopia en el exocérvix, por aumento de las fibromusculatura del cuello, el edema del estroma e hiperplasia de las células cilíndricas, en relación con los cambios hormonales del III Trimestre de la gestación^(25,26). Además, el cuello de la adolescente presenta inmadurez inmunológica bajos niveles de IgG característico de tejidos inmaduros, producción insuficiente de moco cervical, metaplasia escamosa activa⁽²⁴⁾. Shew et al⁽²⁷⁾ propone un breve período de tiempo entre la menarquia y la primera relación sexual menor a 18 meses, todo esto determina que el tejido sea más vulnerable frente a algunas noxas oncogénicas, especialmente infección por VPH.

El virus del papiloma humano (VPH) es una causa muy importante de morbilidad y mortalidad, y su adquisición está asociada a la actividad sexual. Actualmente está claramente establecido tanto desde el punto de vista biológico como epidemiológico que es causa de todos los cánceres de cuello uterino⁽²⁸⁾.

El virus del papiloma humano (VPH) representa una de las infecciones de transmisión sexual más comunes. La gran familia de los VPH cuenta con más de 120 tipos virales de los cuales alrededor de 40 están relacionados con lesiones de mucosas ano-genitales. En función de su capacidad oncogénica estos virus se clasifican en tipos de bajo y alto riesgo ⁽²⁹⁾. Los virus de bajo riesgo se detectan en lesiones intraepiteliales de bajo grado (condiloma y CIN I). Los de alto riesgo se encuentran tanto en lesiones intraepiteliales alto grado (CIN II/III) como en cáncer invasivo, pero se aíslan preferentemente en lesiones de alto grado y carcinoma ⁽³⁰⁾. Es difícil establecer el volumen de portadoras de la infección y las lesiones asociadas a ellas. Se considera que un 10% de las mujeres de los países desarrollados muestra infección viral con técnicas moleculares de alta sensibilidad y es ligeramente superior, alrededor de un 15%, en los países en vías de desarrollo ⁽³¹⁾. La gran mayoría de estas infecciones va a curar espontáneamente gracias a la respuesta inmune inducida, aunque un pequeño grupo por razones no suficientemente aclaradas, se convierten en persistentes. Este pequeño porcentaje de mujeres con infección persistente, menos del 3% de la población, es el auténticamente beneficiado por las campañas de prevención secundaria mediante cribado citológico, ya que representa el grupo de riesgo real para desarrollar lesión intraepitelial de alto grado y cáncer ⁽³¹⁾.

La importancia del control ginecológico precoz en la población de riesgo, radica en la utilización de 2 herramientas muy útiles en el estudio de cuello uterino: la citología y la colposcopia, que representan piedras angulares para el diagnóstico que finalmente se confirma con la biopsia ⁽³²⁾. La citología, como método de orientación de laboratorio y la colposcopia, como un método de investigación clínica si son aplicados e interpretados adecuadamente ofrecen una aproximación diagnóstica óptima. La combinación de la citología y la colposcopia incrementa la agudeza diagnóstica en más de 95%. ^(33,34) Generalmente al detectar atipia colposcópica, de acuerdo al caso estudiado se realiza biopsia dirigida ya que el diagnóstico definitivo solo lo aporta la histología.

La citología de cérvix, también llamada prueba de Papanicolau o triple toma de Witt es la técnica más utilizada para detección precoz de cáncer de cuello uterino y para lesiones pre cancerosas. Se basa en el hecho de que las células de las capas superficiales del epitelio cervical se descaman continuamente.

Otras indicaciones de esta técnica son: diagnóstico de infecciones genitales y valoración del nivel hormonal.

El factor de riesgo más importante para padecer cáncer de cérvix es la infección por el VPH, más probable si ha habido relaciones sexuales a muy temprana edad, número elevado de parejas sexuales, y relaciones sexuales con hombres no circuncidados. Otros factores de riesgo para padecer cáncer de cuello uterino son: fumar, infección por VIH, infección por Clamidia, alimentación pobre en frutas y verduras, ACO largo tiempo, embarazos múltiples, condición socioeconómica baja, exposición a Dietilbestrol antes de nacer y antecedentes familiares de cáncer de cuello de útero⁽³⁵⁾ La colposcopia es un procedimiento médico en el cual se utiliza un microscopio especial (llamado colposcopio) para mirar dentro de la vagina y examinar detenidamente el cuello uterino⁽³⁶⁾.

El colposcopio magnifica, o amplía, la imagen de la parte exterior del cuello uterino. Es algo parecido a mirar a través de prismáticos. Esto le permite al proveedor de atención médica; ver mejor la parte exterior del cuello uterino. A veces se extrae una pequeña muestra de tejido (llamada biopsia) para efectuar estudios adicionales. Las muestras de tejido le ayudan al proveedor de atención médica a decidir cómo tratar cualquier problema que se descubra. Y si se descubre tempranamente un cáncer de cuello uterino, o un cambio precanceroso en las células, éste puede ser tratado y casi siempre curado. Además, en casos de pre cánceres y cánceres tempranos del cuello uterino, a veces puede que el único tratamiento necesario sea la extirpación de una parte del cuello uterino.

Por lo general, se hace una colposcopia cuando una mujer tiene una prueba de Papanicolaou con resultado anormal. (Las pruebas de Papanicolaou se hacen regularmente para detectar cáncer de cuello uterino y otros problemas). Otras

razones por las que una mujer puede necesitar hacerse una colposcopia son cuando durante un examen pélvico, el cuello uterino, la vagina, o la vulva le parecen anormales al proveedor de atención médica ⁽³⁶⁾.

Objetivos

Objetivo general:

Evaluar la frecuencia de lesión intraepitelial cervical en adolescentes asociada a infección por virus del papiloma humano que acudieron a la consulta de ginecología infantil y juvenil del hospital “José Manuel de los Ríos” en el periodo mayo 2010 - octubre 2010.

Objetivos específicos:

1. Identificar los factores de riesgos asociados a lesión intraepitelial cervical en adolescentes.
2. Determinar los hallazgos citológicos y colposcòpicos en este grupo de pacientes.
3. Realizar estudio anatomopatológico de las biopsias.
4. Identificar los tipos de virus de papiloma humano VPH, más frecuentemente encontrados en la lesión intraepitelial en adolescentes a través de reacción de cadenas de polimerasa (PCR)

Aspectos éticos

Se incluyeron en el presente Trabajo Especial de Grado a todas las adolescentes sexualmente activa que decidieron otorgar de manera voluntaria su consentimiento libre e informado por escrito, previa explicación detallada de los objetivos, importancia y beneficios para su salud, los resultados de la investigación,

sin ningún tipo de manipulación, persuasión o coerción y respetando también la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos, cumpliéndose así el principio de autonomía mediante el consentimiento informado (anexo 1). De acuerdo al principio de no maleficencia, no se realizó ningún estudio que ocasione algún daño a la salud, la encuesta es un instrumento de recolección de datos que puede aplicarse cuantas veces sea necesario sin ocasionar daño. Sobre la base del principio de beneficencia, sólo se busca mejorar la atención de las usuarias inclinándose siempre hacia el logro de los máximos beneficios y una mejor calidad de atención preventiva en las adolescentes. En cuanto a la justicia social, se incluirán a todas las pacientes que cumplan con criterios de inclusión, sin mayor discriminación que las descritas en los criterios de exclusión.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trató de un estudio descriptivo y analítico y prospectivo.

Población y muestra

La población estuvo conformada por las adolescentes que consultaron al servicio de Ginecología infantil y Juvenil del Hospital de Niños José Manuel de los Ríos, Caracas, en el periodo Mayo a Octubre 2010, con edades comprendidas entre diez (10) y diecinueve (19) años. Por muestreo intencional no probabilístico se considero una muestra de 46 pacientes sexualmente activas.

Criterios de inclusión:

Adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultaron al servicio de Ginecología Infantil y Juvenil con vida sexual activa y que manifestaron por escrito o su representante quienes aceptaron participar en el presente estudio.

Criterios de exclusión:

Enfermedades sistémicas (leucemia, linfomas, HIV-SIDA, transplantadas, insuficiencia renal crónica, inmuno supresión, Diabetes Mellitus, enfermedades de colágeno)

Retardo mental.

Procedimientos

Fueron evaluadas las pacientes que acudieron a la consulta de Ginecología infantil y Juvenil que cumplieron los criterios de inclusión antes nombrados. Se les llenó historia clínica precisando en la Anamnesis y encuesta descrita en el anexo. En Posición ginecológica, se le realizó examen ginecológico y se les realizó citología, colposcopia, Test de Schiller y biopsia dirigida con pinza de Schuan según

indicación. Dichas muestras fueron enviadas al Servicio de Anatomía Patológica de este centro.

Se dio nueva cita a la paciente para evaluar el resultado de la citología y/o biopsia el cual fue tabulado en la tabla de recolección de datos. Si en el resultado de citología y biopsia se evidenciaba cambios sugestivos o presencia de VPH se tomó muestra para tipificación del mismo y se envió al servicio de laboratorio Inmunodiagnóstico de este centro hospitalario.

Se realizaron tres reacciones sucesivas llevadas a cabo a distintas temperaturas de la PCR. Los pasos son:

Primer paso: Separación de las dos cadenas que forman la molécula de ADN (desnaturalización). El ADN se debe calentar a altas temperaturas que pueden ser próximas a la temperatura de ebullición.

Segundo paso: Reduce la temperatura para permitir el apareamiento o anillamiento de los primeros con cada una de las hebras separadas del ADN molde.

Tercer paso: La enzima Taq polimerasa extiende los primeros, sintetizando las secuencias complementarias de las hebras del ADN molde, utilizando los dNTP's (Extensión). La temperatura en este paso está condicionada por aquella en la cual trabaja la enzima.

Al cabo del primer ciclo de tres reacciones (desnaturalización, apareamiento y extensión) el tramo de ADN elegido se ha duplicado y el doble de su cantidad original se encuentra disponible para ser nuevamente replicado en un segundo ciclo. Resultando la amplificación geométrica del segmento de ADN delimitado por los primeros.

Tratamiento estadístico adecuado

Se calculó la media y la desviación estándar de las variables continuas; en el caso de las variables nominales, se calculó sus frecuencias y porcentajes. Los contrastes de variables nominales se basaron en la prueba chi-cuadrado de Pearson; en el caso de las variables continuas se basaron en la prueba no paramétrica U de Mann Whitney. Los cálculos se hicieron con un nivel de confianza del 5%. Se usó la aplicación JMP-SAS para el análisis de datos.

RESULTADOS

El grupo de estudio estuvo comprendido por 46 pacientes (100%), cuya edad media fue de 14 años, mínima 12 y máxima 19 años, con una desviación típica DE 1,5. El nivel educativo estuvo representado por primaria con frecuencia de 13 (28,3%), secundaria 26 (56,5%), técnica o universitaria 7 (15,2%). (Tabla 2)

La edad de la menarquia para el intervalo < 9 años, frecuencia de 6 (13%), 10-12 años 28 (60,9%), 13-15 años 11 (23,9%), >16 años ,1 (2,2%). En cuanto a la edad de inicio de actividad sexual, correspondió la media a 14,65, edad mínima 12 t máxima 19 con desviación típica 1.567.

En cuanto al número de parejas sexuales la frecuencia fue de 27 (58,7%) para 1 pareja sexual, 15 (32%) para 2 parejas sexuales, f 3 (6,5%) para 3 parejas y 1 (2,2%) para 4 parejas sexuales. (Tabla 5). El conocimiento de Infecciones de transmisión sexual (ITS), 42 pacientes (91,3%) contestaron si y 4 pacientes (8,7%) contestaron no. En cuanto al tipo de ITS que conocen: 32 (69,6%) conocen la infección por VPH, VIH/SIDA 32 (69,9%) respondieron que si conocen, Gonorrea 22 (47,8%), sífilis 18 (39,1).

En cuanto a si la paciente ha sufrido ITS 4 (8,7%) respondió que si y 42 (91,3%) respondió que no. Si su pareja ha sufrido de ITS 3 (6,7%) respondió si (Tabla 9). En relación al uso de método de barrera se observó que 18 (39,1%) si y y 28 (60,9%) no lo usó.

El uso de Anticonceptivos orales 19 (41,3%) respondió afirmativo y 27 (58,7%) negó el uso de dicho método. Al plantear el tiempo de uso del método de barrera en relación al inicio de la pareja sexual se obtuvo como resultado que 11 (23,9%) lo usó menos de 3 meses, 9 (19,6%) entre 3-6 meses, 3 (6,5%) entre 6-12 meses, 6 (13%) mas de 6 meses y 17(37%) no lo usaron (tabla 12).

La edad de realización de la primera citología correspondió a la media de 15,07 mínima 11 y máxima 18 con desviación típica 1,625.

El resultado de la citología fue normal 6 (13%), inflamatorio leve 6 (13%), Inflamatorio moderado 7 (15,2%) severo 4 (8,7%) inflamatorio inespecífico 1 (2,2%), ASCUS 3 (6,5%) LIEBG+VPH 15 (39,1%), LIEAG+VPH 1 (2,2%) (Tabla 13). Al realizar la colposcopia se obtuvo epitelio acetoblancos 12 pacientes (26,1%), ZIN (zona iodo negativa) 14 (30,4%), puntillado 8 (17,4%), mosaico 5 (10,9%) y normal 19 (41,3%).

El resultado de la biopsia correspondió normal 22 pacientes (47,8%), LIEBG+VPH 14 (32,6%), LIEAG+VPH 4 (8,7%), inflamatorio severo 3 (6,5%), inflamatorio moderado 2 (4,3%) (Tabla 15).

Tipificación de VPH por RCP los genotipos encontrados 6 Y 11 representando cada uno 13 (28,3%), HCR (HRC: 26,31,33,35,39,45,51,52,53,56, 58,59,66,68,73,82) frecuencia de 8 para 17,4%, 16 y 18 frecuencia 1 para 2,2% cada uno, positivo no tipificable y negativo frecuencia 5 (10,8%) (Tabla 16).

DISCUSIÓN

La edad promedio de las adolescentes sexualmente activa fue de 14 años, siendo este estudio de menor edad en relación a los de García ⁽¹⁸⁾ cuya edad promedio fue 17,8, en el estudio de Ariel en un rango de 16-19 años (85.8%).

El nivel educativo estuvo comprendido en la secundaria asemejándose a los expuesto por Ariel ⁽²¹⁾ y Aarons ⁽³⁷⁾.

La edad de inicio de actividad sexual correspondió a 14,64 años acordando con lo reportado con Adams (14,9) ⁽¹³⁾, Muller (14,38) ⁽¹⁹⁾ y Aarons (14,4%) ⁽³⁷⁾. En Venezuela 10% de las adolescentes menores de 15 años inician actividad sexual ⁽³⁸⁾.

En cuanto al número de parejas sexuales el mayor porcentaje ha tenido una pareja (58,7%), concordando con lo expuesto por Aaron en su tesis ⁽³⁷⁾ (52,4%), pero no coincidiendo con lo reportado por Marina y et ⁽²²⁾ cuyos pacientes tenían más de 2 parejas (51,4%).

Un 92,3 % expresó tener conocimiento de las ITS, un 69,9% conocen la infección por VPH, no encontrándose publicaciones de comparación para estas variables. De las pacientes interrogadas un 8,7% ha presentado ITS sin semejanza a lo reportado por Ariel ⁽²¹⁾ con 3.71% de las adolescente presentaban este antecedente.

Un 60% de las adolescentes no usan el método de barrera, asemejándose a lo reportado por la ENCUESTA NACIONAL DE POBLACIÓN Y FAMILIA ENPOFAM'98 ⁽³⁸⁾ pero no coincidiendo con lo expresado por Ariel ⁽²¹⁾ y con lo reportado por Aaron que expone que las adolescentes en un 87.8% usa método de barrera ⁽³⁷⁾. El uso de anticonceptivos orales tuvo una respuesta afirmativa de 41,3% acercándose a lo publicado por Aarons ⁽³⁷⁾ (37,8%) pero no asemeja a lo reportado por ENPOFAM donde sólo 1 de cada 10 adolescentes usa los métodos anticonceptivos. Con respecto al tiempo de uso de método de barrera el mayor porcentaje (23,9%) fue

menos de 3 meses sin semejanza a lo publicado por Aarons ⁽³⁷⁾ donde las adolescentes refieren uso regular de método de barrera en 73,2%.

En los resultados de citología el LIEBG+VPH represento un 39,1% coincidiendo con el trabajo de Ariel ⁽²¹⁾ donde los LIEBG ocuparon el 40 % no concordado con Mount ⁽¹⁵⁾ que reporta solo un 3,77% de LIE.

Al referirnos a la colposcopia el resultado de mayor porcentaje fue 41,3% que corresponde a la normalidad coincidiendo con el trabajo de García ⁽¹⁸⁾ en el 2005 quien indica un 76% de normalidad. En cuanto a las atipias colposcópicas la más frecuente es epitelio acetoblanco concordando con el trabajo de García ⁽¹⁸⁾

Los resultados de las Biopsia fueron un 47,8% normal, LIEBG+VPH 32,6% y LIEAG+VPH 8,7% no concordando con estudio de García ⁽¹⁸⁾ que reporto 78% normalidad y 22% VPH.

En cuanto a la tipificación por PCR los genotipos 6 y 11 representan el 28,3% coincidiendo lo el estudio de Arias ⁽¹⁷⁾ que reporta el 20% para genotipos de bajo riesgo. Los genotipos 16 y 18 represento el 2,2% no concordando con el estudio de Arias ⁽¹⁷⁾ que reporto 50% para estos genotipos. Para el HCR el porcentaje fue 17,4% no encontrando reporte para comparar este parámetro.

Conclusiones

1. Existen factores de riesgo en la adolescente que se asocian a infecciones por VPH tales como edad de inicio de actividad sexual, uso de método de barrera y anticonceptivos orales, número de parejas sexuales y conocimientos de la ITS
2. Entre los hallazgos citológicos más frecuentes fue LIE de bajo grado más VPH, nos debe alertar para la realización de citología en las consultas iniciales de las adolescentes sexualmente activas
3. El estudio colposcópico y la biopsia debe realizarse a los adolescentes con citologías anormales, en vista que el porcentaje de los resultados fueron normales
4. El control ginecológico de las adolescentes con Infección por VPH debería ser cada 6 meses, en vista el genotipo más frecuente encontrado en este estudio fue de bajo riesgo

Recomendaciones

1. Se requiere de continua campaña preventiva primaria a la población Infantil-Juvenil, debido a que están propensas a mayor riesgo de adquisición LIE + VPH
2. Es necesario educar e incentivar consulta ginecológica y el seguimiento a las pacientes que inician actividad sexual a temprana edad y que presenten factores de riesgo para la infección por este virus.
3. Realizar el control colpocitológico a todas las adolescentes después de inicio de la actividad sexual
4. Incentivar programas sanitarios de prevención y educación destinados a adolescentes

5. Se recomienda realizar nuevos trabajos de investigación con mayor número de pacientes para establecer correlación entre citología, colposcopia, biopsia y tipificación vph en adolescente.

6. Promover a nivel nacional la vacunación como estrategia de prevención primaria y secundaria en la población infantil, para lograr la aprobación e incorporación a los esquemas de vacunación y contribuir con la disminución de la morbilidad en un nuestro país.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Fanny Carrero, madrina, por su invaluable contribución clínica, disciplina y honestidad.

A la Dra. María Mercedes Pérez, madrina, por su constancia, apoyo y practicidad en sus decisiones.

A la Dra. Adelvi Nieto, por sus consejos y dedicación para trabajar como equipo multidisciplinario.

Al Dr. Alfredo Caraballo, por su ayuda incondicional y organización laboral.

A la doctora Ruth Aarons por su solidaridad y consejos.

A la Licenciada Magda Pescille por su colaboración profesional.

A Ligia por su contribución en mi transformación y crecimiento personal.

A Rhaxeda y José Luis, por su amistad, cooperación y contribución en la culminación del postgrado.

REFERENCIAS

1. Hidalgo V, Castellano B; Virus del papiloma humano y adolescencia; [Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, castilla y león. 2007;47:213-8.
2. Evidencia científica, medios de comunicación, responsabilidad y toma de decisiones. A propósito de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH / HPV). [Revista en Línea] Evid.Actual.Práct.ambul; 2008;11(6)162-4.
3. Reacción en cadena de la polimerasa. Protocolo para la tipificación del virus del papiloma humano mediante la pcr. Material donado por el departamento de biomedicina del Hospital Vargas de Caracas (2009-2010).
4. García A. Pubertad. En: Sánchez B, editor Ginecología Infanto juvenil. Caracas: Ateproca; Vol.II. 2000. p. 117-138.
5. García A. Pubertad. En: Sánchez B, editor Ginecología Infanto juvenil. Caracas: Ateproca; Vol. I. 2000. p. 31-40.
6. Oviedo G, Arpaia A, Ratia E; Factores de riesgo en mujeres con infección del Virus Papiloma Humano. [Rev Chil e obstet y ginecol 2004; 69(5):343-6].
7. Silva C, Souza M. Increased frequency of abnormal Papanicolaou smears in Adolescents Arch Gynecology Obstetric 2002; 266 (3):154-6.
8. Prussia P, Gay G. Analysis of cervical-vaginal (Papanicolaou) smears, in girls 18 years and under. West Indian Med J. 2002; 51 (1):37-9.
9. Mangan S, Legano L. Increased prevalence of abnormal papanicolaou smears in urban adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 1997; 151 (5): 481-4.
10. Parkin M, Almonte M. Burden and trends of type-specific human papillomavirus infections and related diseases in the Latin America and Caribbean. Vaccine 2008; 26S:L1L15.
11. Almonte M, A. Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. Vaccine 2008; 26S: L16-L36.
- 12 Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. 1998. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas 2 de octubre de 1998. Nº 5266 Extraordinario.

13. Adams Hillard P, M blro F, Wilder LS, Bradley JM, Burkert RL, Raut JL; Displasia Cervical y de PVH: Evaluación en displasia clínica en adolescentes. Springer Verlag New York Inc Adolesc Pediatr Gynecol. 1989; 2:32-6.
14. Moscicki A, Broering J, Powell K, Klein J, Clayton L, Smith G, et al. Comparación entre Colposcopia, Citología y biopsia en mujeres con DNA del VPH. J Adolescent Health. 1993;14(2): 74-9.
15. Mount SL, Papillo JL; Estudios de 10296 diagnósticos por el frotis de Papanicolaou en la población pediátrica y adolescente de la parte septentrional de Nueva Inglaterra. Rev Pediatracs. 1999; 47(3):539-45
16. Correnti M, Cavazza M. Alfonso B, Lozada C. La Infección por el Virus Del Papiloma Humano: Un problema de salud Pública en Venezuela. VITAE N° 13. 2001. p. 1-10
17. Arias B, ME. Virus de Papiloma Humano en Niñas y Adolescentes Tipificación Viral. (Tesis). Hospital de Niños José Manuel de los Ríos; Caracas, 2002. p. 4.
18. García T, Loreto A, Rubio M, Pérez M. Patología de cuello uterino en adolescentes con vida sexual activa. Rev. Archiv Venezolanos de Puericultura y Pediatría, Vol 68 N 3 julio-septiembre 2005. p 106-112.
19. Muller C, David M. Correlación colpocitológica en Adolescente de Bajo y Alto Riesgo. (Tesis). Hospital de Niños José Manuel de los Ríos. Caracas, 2005. p 1.
20. Castellsagué X, Bosch FX. Vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH): Incorporación del pediatra en la lucha contra el cáncer de cuello uterino. Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9(3):21-42
21. Nuñez A, Vallejo M, Ramírez M, Escobar G, Gallego P, Vélez C, et al. Factores Asociados con Lesiones Neoplásicas del Tracto Genital Inferior Femenino en Adolescentes del Departamento de Caldas. Enero-diciembre 2008;13:154-177.
22. Romero I, Ceballos C, Monterrosa A. Lesiones pre malignas y malignas de cérvix en adolescente y mujeres jóvenes. Clínica Maternidad Rafael Calvo, Cartagena. MedUNAB 2009;12:14-8.

23. Monteiro DL, Baptista AJ, Silveira K, Bastos F. Incidência de lesões intra-epiteliais cervicais em população de adolescentes atendidas em serviço público de saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *mai, 2009;25(5):1113-1122.*
24. Molina R, Sánchez M, Velásquez N. El Cuello Uterino en la Adolescencia. En: Sánchez B. Editor Ginecología Infanto juvenil. Caracas Venezuela. Ateproca. 2000. Vol II. p. 117-138.
25. Haffer D. Adolescent Substance use and Sexually transmitted diseases risk. A review *J Adolesc Health. 1995;16:304-8.*
26. Brow LK. Predictors of condom use in sexually active adolescents. *J Adolesc Health. 1992;13:651-7*
27. Sam S, Gayón E. Guía Práctica para el abordaje y manejo de lesiones ano genitales por virus del papiloma humano en adolescentes. *Acta Pediatr Mex, 2006;27(3):151-6.*
28. Mount SL. Papillo, J. Estudio de 10296 diagnósticos por frotis de Papanicolaou en la población pediátrica y adolescente de la parte septentrional de Nueva Inglaterra. *Pediatrics (ed. esp.), 1999; 47(3):155-60.*
29. Bosch FX, Cuzik J, Schiller JT, Garnett GP, Meheus A, Franco EL, et al. Vacunas VPH y cribado en la prevención del cáncer de cuello uterino. *ROSJ VV 2006;24:13.*
30. Pfister H. Human papillomaviruses and genital cancer. *Adv Cancer Res, 1987;48:113-47.*
31. Gross G, Barrasso R, editores. Human papillomavirus infection. A clinical atlas. En: Wieland U, Pfister H. Papillomavirus in human pathology:epidemiology, pathogenesis and oncogenic role. Wiesbaden: Ullstein-Mosby;1997. p. 1-18.
32. De Sanjosé S, Díaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet, july 2007;7 (7):453-9.*
33. Almonte M, Albero G. Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. *Vaccine 2008; aug 19; 26S 11:L16-L36.*

34. Benedet J, Mastisic J, Bertrand M. The quality of community colposcopic practice. *Obstet Gynecol.* 2004;103(1):92-100.
35. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Española de Citología y Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. La infección por papilomavirus. Documento de consenso 2002. [Internet]. Madrid: Meditex; 2003. [acceso 12 de febrero de 2006]. Disponible en: http://www.aepcc.org/download/documentos/profesionales/consenso_vph_2002.pdf
36. Centro de Recursos del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) int. 192 (sólo para solicitar publicaciones) Documento de consenso Agosto 2011. Dirección de Internet: <http://www.acog.org/>
37. Ministerio del poder Popular para la planificación y desarrollo: Encuesta Nacional de Población y Familia 1998. Disponible en: http://www.clap.ops.oms.org/web_2005/estadistica%
38. Aarons RT. conocimiento y practica sobre uso de anticonceptivos en adolescentes. (trabajo especial de investigación) Caracas; Universidad Central Venezuela; 2008

ANEXO N° 1

Clasificación De Bethesda 2001

Adecuación de la muestra.

Categorización general (opcional).

Interpretación resultados.

Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.

Anormalidades epiteliales (véase Diagnóstico descriptivo)

Diagnóstico descriptivo:

Negativo para lesión intraepitelial o malignidad

Microorganismos:

Trichomonas vaginalis, Cándida spp, vagmosls, Actinomyces spp, HSV.

Cambios reactivos y reparativos: inflamación que incluye la reparación típica, atrofia con inflamación (vaginitis atrófica), radiación, DIU, etc.

c) Anormalidades epiteliales

Células escamosas

Células escamosas atípicas o de significado indeterminado (ASCUS).

No se puede excluir lesión intraepitelial escamosa de mayor grado (ASC- H).

Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL).

Lesión intraepitelial escamosa de alto (H-SIL).

II. Células glandulares atípicas (AGC)

lesión intraepitelial de alto grado.

displasia moderada / NIC II.

displasia severa / NIC III.

carcinoma in situ.

ANEXO N° 2

Clasificación Colposcópica Barcelona 2002

I- Hallazgos colposcópicos normales:

- Epitelio escamoso original.
- Epitelio columnar.
- Zona de transformación:
 - Tipo 1, localizada en el ectocervix, totalmente visible.
 - Tipo 2, con un componente endocervical, visible en su totalidad.
 - Tipo 3, con un componente endocervical, no visible en su totalidad.

II- Hallazgos colposcópicos anormales:

- Epitelio acetoblanco.
- Punteado.
- Mosaico.
- Negatividad al yodo.
- Vasos atípicos.

III- Características colposcópicas sugestivas de lesión de bajo grado (cambios Menores):

- Superficie lisa con borde externo irregular.
- Cambio acetoblanco mínimo, que aparece lentamente y desaparece con rapidez.
- Positividad leve al yodo, a menudo parcialmente moteada.
- Punteado fino y mosaico fino y regular.

IV- Características colposcópicas sugestivas de lesión de alto grado (Cambios mayores):

- Superficie generalmente lisa con un borde exterior bien definido.
- Cambio acetoblanco denso, que aparece pronto y desaparece lentamente.
- Color acetoblanco denso en los orificios glandulares.
- Negatividad al yodo, de aspecto amarillento en un epitelio intensamente blanco.

- Punteado grosero y mosaico extenso e irregular con losetas de diferentes tamaños.
- Cambio acetoblanco denso en el epitelio columnar puede indicar enfermedad glandular.

V- Características colposcópicas sugestivas de cáncer invasivo:

- Superficie irregular, erosiva o ulcerada.
- Cambio acetoblanco denso.
- Punteado y mosaico extenso e irregular.
- Vasos atípicos.

VI- Colposcopia insatisfactoria:

- Unión escamo-columnar no visible.
- Asociación con trauma, inflamación o atrofia que impida valorar.
- No se visualiza el cuello.

VII- Hallazgos misceláneos:

- Condilomas.
- Queratosis.
- Erosión.

ANEXO N° 3

ASENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha solicitado que participe en un proyecto de investigación en el que se está estudiando la lesión de cuello del útero asociado a infección por Virus de Papiloma Humano (VPH), que es un virus de transmisión sexual que puede producir lesiones pre malignas de cuello del útero; en dicho estudio no se afectará mi bienestar y normalidad, respetando la confidencialidad de los datos, por lo que estoy de acuerdo en acceder a informar sobre mis antecedentes médicos a través de historia clínica y encuesta, así como permitir que se me realice citología (obtención de células del cuello del útero), colposcopia (visualización y evaluación del cuello del útero), biopsia (obtención de muestra del cuello del útero) y tipificación de VPH (obtención de muestra del cuello del útero por medio de hisopo para determinar el tipo de virus de bajo o alto riesgo que se pueda asociar a lesiones pre malignas) y que la información allí obtenida sea utilizada en este trabajo de investigación que tiene como título: LESION INTRAEPITELIAL CERVICAL ASOCIADO A INFECCION POR VPH EN ADOLESCENTES SEXUALMENTE ACTIVAS. Realizado por Anamar Pérez Loyo. Médico Residente del Curso de Especialización en Ginecología Infantil y Juvenil de la Universidad Central de Venezuela, sede Hospital de Niños "Dr. José Manuel de los Ríos".

El procedimiento en el que participaré consistirá:

Colocación en posición ginecológica, se le realizara examen ginecológico y se le tomará citología, colposcopia (Test de Schiller) y biopsia dirigida con pinza de Schuan, y si fuera necesario la tipifican de VPH posterior a resultado de citología o biopsia del cuello. La citología y biopsia serán enviadas al Servicio de Anatomía Patológica y la tipificación se enviará al área de inmunología del laboratorio principal de este centro.

En este estudio no se realiza ninguna prueba, examen o procedimiento diagnóstico que me dañe de ninguna manera, o exponga a riesgo alguno, siendo la realización de un procedimiento totalmente inocuo y seguro.

Al participar en este estudio obtendré el beneficio de un diagnóstico precoz de lesión de cuello del útero (intraepitelial cervical) asociado a infección por VPH, además de continuar con la consulta y acceder a los servicios que presta el Hospital de Niños “Dr. José Manuel de los Ríos”, en el momento que así se requiera, contando con el apoyo del Servicio de Ginecología Infantil y Juvenil.

Cualquier pregunta que yo quiera hacer en relación a mi participación en este estudio deberá ser contestada por Anamar Pérez Loyo, médico residente responsable del estudio.

Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que esto influya en la atención que necesito.

Los resultados del estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelado y los datos clínicos y experimentales permanecerán en forma confidencial, a menos que la identidad de mi representado sea solicitado por la ley.

Este asentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado (a) u obligado (a).

Anamar Pérez Loyo

C.I. 11.977.052

Paciente:

C.I.

ANEXO N° 4

Formulario de Consentimiento Informado

Apellidos y Nombres del Paciente: _____

Edad: _____

Representante Legal: _____ C.I. _____

Se me ha solicitado el consentimiento para que mi representada participe en un proyecto de investigación en el que se está estudiando la lesión de cuello del útero asociado a infección por Virus de Papiloma Humano (VPH), que es un virus de transmisión sexual que puede producir lesiones pre malignas de cuello del útero; en dicho estudio no se afectará el bienestar y normalidad de la paciente, respetando la confidencialidad de los datos, por lo que estoy de acuerdo que mi representada acceda a informar sobre sus antecedentes médicos a través de historia clínica y encuesta, así como permitir que se me realice citología (obtención de células del cuello del útero), colposcopia (visualización y evaluación del cuello del útero), biopsia (obtención de muestra del cuello del útero) y tipificación de VPH (obtención de muestra del cuello del útero por medio de hisopo para determinar el tipo de virus de bajo o alto riesgo que se pueda asociar a lesiones pre malignas) y que la información allí obtenida sea utilizada en este trabajo de investigación que tiene como título: LESION INTRAEPITELIAL CERVICAL ASOCIADO A INFECCION POR VPH EN ADOLESCENTES SEXUALMENTE ACTIVAS.. Realizado por Anamar Pérez Loyo. Médico Residente del Curso de Especialización en Ginecología Infantil y Juvenil de la Universidad Central de Venezuela, sede Hospital de Niños “Dr. José Manuel de los Ríos”.

El procedimiento en el que participará la paciente consistirá:

Colocación en posición ginecológica, se le realizara examen ginecológico y se le tomará citología, colposcopia (Test de Schiller) y biopsia dirigida con pinza de Schuan, y si fuera necesario la tipifican de VPH posterior a resultado de citología o biopsia del cuello. La citología y biopsia serán enviadas al Servicio de Anatomía

Patológica y la tipificación se enviará al área de inmunología del laboratorio principal de este centro.

En este estudio no se realizará ninguna prueba, examen o procedimiento diagnóstico que dañe de ninguna manera, o exponga a riesgo alguno a la paciente, siendo la realización de un procedimiento totalmente inocuo y seguro.

Yo, representante legal del paciente antes mencionada, he oído y entendido la explicación sobre el proyecto a desarrollar, al cual ha sido invitado mi representado a participar. He hecho preguntas relacionadas al proyecto y éstas han sido respondidas satisfactoriamente; dando por hecho la posibilidad de abandonar el mismo en cualquier momento, y en caso de hacerlo, no afectará de modo alguno la atención médica de mi representada.

He decidido permitir la participación de mi representado en esta investigación.

Representante Legal

C.I.

En mi opinión el consentimiento fue dado espontáneamente.

Nombre del Testigo: _____

Firma del Testigo: _____

Consentimiento obtenido por: _____

Fecha: _____

ANEXO N° 5

Historia de adolescente.

Apellidos y nombres _____

Edad _____ Fecha y lugar de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono _____ Referida por _____

Ocupación _____ Representante _____

MC _____

EA _____

Antecedentes personales, familiares, quirúrgicos

Antecedentes ginecológicos: Telarquia, Pubarquia, Menarquia, Ciclos menstruales, Dismenorrea, edad de primera relación sexual, N° parejas sexuales, Métodos Anticonceptivos, uso el ultimo año, Citología Anterior, Embarazos.

Examen funcional _____

Factores de riesgo (ver encuesta anexo N° 6)

EXAMEN FÍSICO

Peso__ (P_) Talla_ (P_) IMC__ TA_ FC_ Fr Condiciones Generales

Piel, Cabeza, Cuello, Tórax, Mamas, Abdomen, Osteomuscular, Neurológico

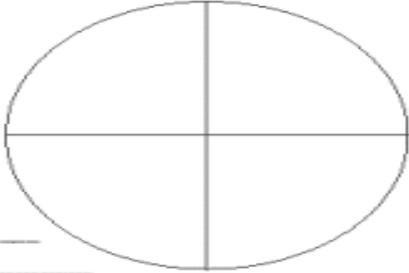
Ginecológico: Pubarquia, Clítoris, Labios mayores, Labios menores, Meato uretral, Himen, Vulva, Esfinter anal.

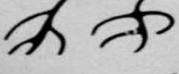
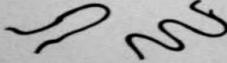
Cuello: Citología.

Colposcopia: Acido acético, Lugol

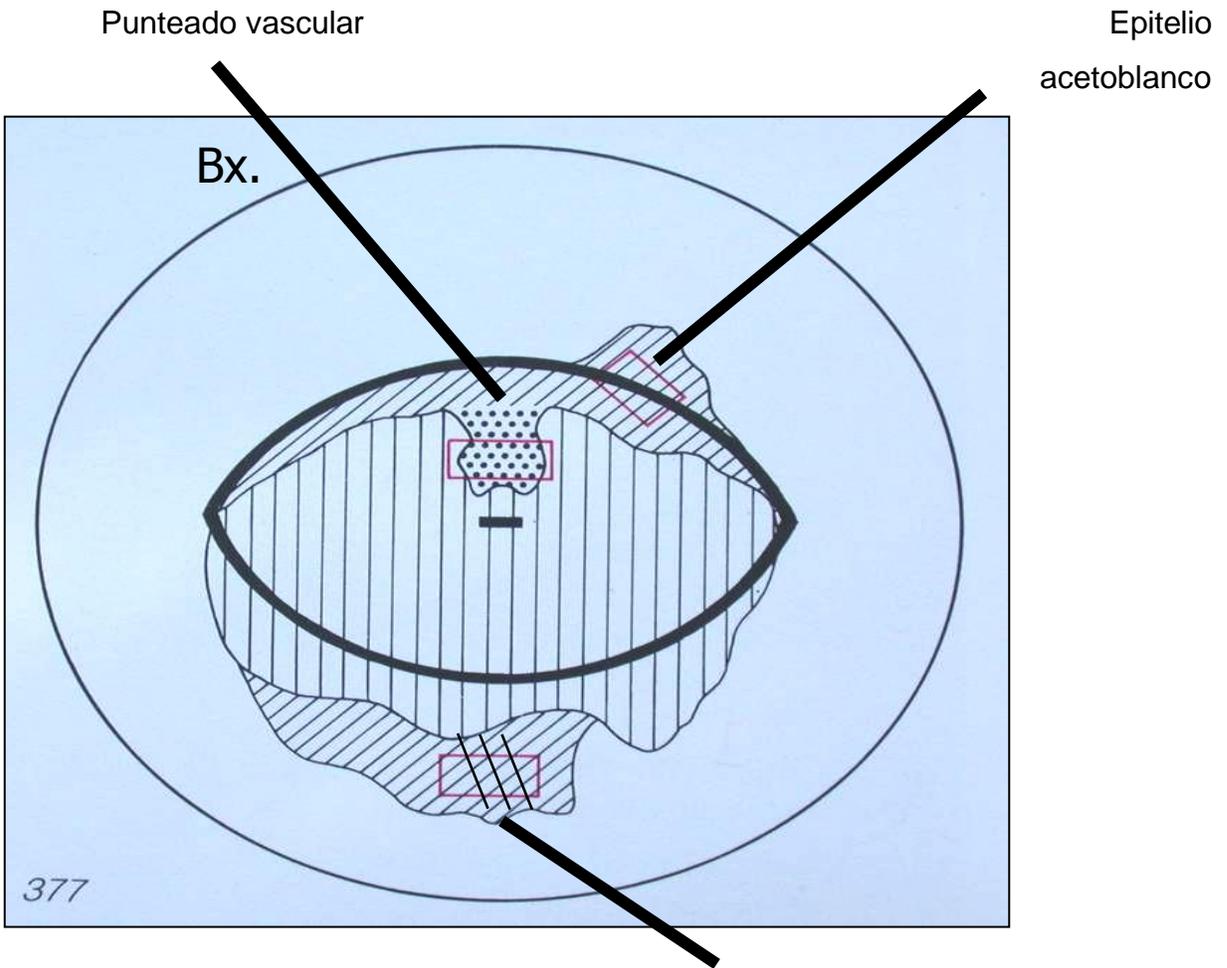
Biopsia

Tipificación VPH (PCR)

<p>1. Número del expediente médico: _____</p> <p>2. Nombre de la paciente: _____</p> <p>3. Edad: _____</p> <p>4. Fecha de la consulta: ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)</p> <p>5. Colposcopista: _____</p> <p>6. ¿Vio toda la unión escamoso-cilíndrica (UEC)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso negativo, sopesese la posibilidad de legrado endocervical)</p> <p>7. Colposcopia insatisfactoria: <input type="checkbox"/> Por no haber visto toda la UEC <input type="checkbox"/> Por no haber visto toda la lesión</p> <p>8. Hallazgos colposcópicos dentro de la zona de transformación (marque con ✓): (Dibuje la UEC, epitelio acetoblanco, punteado, mosaico, vasos atípicos y demás lesiones)</p> <p><input type="checkbox"/> Epitelio acetoblanco plano</p> <p><input type="checkbox"/> Epitelio acetoblanco micropapilar o cerebroide</p> <p><input type="checkbox"/> Leucoplasia</p> <p><input type="checkbox"/> Punteado</p> <p><input type="checkbox"/> Mosaico</p> <p><input type="checkbox"/> Vasos atípicos</p> <p><input type="checkbox"/> Áreas yodonegativas</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____</p> <p>9. Hallazgos fuera de la zona de transformación: _____</p> <hr/> <p>10. Sospecha colposcópica de carcinoma invasor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. Otros hallazgos: _____</p> <hr/> <p>12. Diagnóstico colposcópico (marque con ✓):</p> <p><input type="checkbox"/> Colposcopia insatisfactoria (especifique): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hallazgos colposcópicos normales</p> <p><input type="checkbox"/> Inflamación o infección (especifique): _____</p>	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 20px;"> <h3 style="margin: 0;">EJEMPLO</h3> </div> 
---	---

<i>Tipo red vascular</i>	<i>Características</i>
<p style="text-align: center;">I normal</p> 	<p style="text-align: center;">fina red capilar</p>
<p style="text-align: center;">II aumentada</p> 	<p style="text-align: center;">aumento red normal imagen vasc. colpitis</p>
<p style="text-align: center;">III ectásica</p> 	<p style="text-align: center;">vasos dilatados distribución normal</p>
<p style="text-align: center;">IV irregular</p> 	<p style="text-align: center;">horquilla, sacacorchos cambios bruscos de dirección</p>
<p style="text-align: center;">V atípica</p> 	<p style="text-align: center;">dilatación y estenosis interrupciones bruscas</p>

Esquema de las imágenes vasculares, según Mateu-Aragón.



Epitelio acetoblaco y mosaico

ANEXO N° 6

Encuesta

Edad: 10 a 13 años____ 14 a 16 años____ 17 a 19 años____

Nivel educativo: analfabeta

Alfabeto: ___Primaria ___ Secundaria ___Técnica o universitaria

Edad de la menarquia:

< 9 años____ 10 a 12 años____ 13 a 15 años____ > 16 años____

Edad de inicio de actividad sexual: _____

Número de parejas sexuales: 1____ 2____ >3____

¿Ha presentado flujo anormal? Sí__ No__

¿Conoces las infecciones de transmisión sexual? Sí __ No__

¿Cuáles conoces?

¿Sabes cómo te puedes proteger contra Infecciones de Transmisión Sexual?

¿Has tenido Infecciones de transmisión Sexual en algún momento de tu vida? Sí__

No__ ¿Cuál?

¿Tu pareja ha tenido alguna Infección de transmisión sexual? Sí__ No__ ¿Cuál?

Uso de anticonceptivos: Sí__ No__ ¿Cuál?_____

¿Ha usado anticonceptivos con todas las parejas sexuales? Sí__ No__

Uso de método de barrera en relación al inicio de la pareja sexual:

< 3 meses____ 3 a 6 meses____ 6 a 12 meses____ > 12 meses____

¿Te has realizado control citológico? Sí__ No__

Edad de inicio del control ginecológico_____

Reporte citología anterior_____

Tabla 1

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD DE LA PACIENTE.
Lesión Intraepitelial Cervical Asociada A Infección Por VPH En Adolescentes
Sexualmente Activas.
Hospital “J.M De Los Ríos” 2010**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10-13	1	2,2
14-16	27	58,7
17-19	18	39,1
Total	46	100

Tabla 2

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.
Lesión Intraepitelial Cervical Asociada A Infección Por VPH En Adolescentes
Sexualmente Activas.
Hospital “J.M De Los Ríos” 2010**

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	13	28,3
Secundaria	26	56,5
Técnica o Universitaria	7	15,2
Total	46	100

Tabla 3

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD DE LA MENARQUÍA.
Lesión Intraepitelial Cervical Asociada A Infección Por VPH En Adolescentes
Sexualmente Activas.
Hospital “J.M De Los Ríos” 2010**

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
<9	6	13
10-12	28	60,9
13-15	11	23,9
>16	1	2,2
Total	46	100

Tabla 4

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL
Lesión Intraepitelial Cervical Asociada A Infección Por VPH En Adolescentes
Sexualmente Activas.
Hospital “J.M De Los Ríos” 2010**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip
Edad	12	19	14,65	1,567

Tabla 5

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.
Lesión Intraepitelial Cervical Asociada A Infección Por VPH En Adolescentes
Sexualmente Activas.
Hospital “J.M De Los Ríos” 2010**

No. Parejas	Frecuencias	Porcentaje
1	27	58,7
2	15	32,6
3	3	6,5
4	1	2,2
Total	46	100

Tabla 6

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SOBRE SI CONOCES LAS ITS.
Lesión Intraepitelial Cervical Asociada A Infección Por VPH En Adolescentes
Sexualmente Activas.
Hospital “J.M De Los Ríos” 2010**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	91,3
No	4	8,7
Total	46	100

Tabla 7

¿CUÁLES ITS CONOCE?
Lesión Intraepitelial Cervical Asociada A Infección Por VPH En Adolescentes
Sexualmente Activas.
Hospital “J.M De Los Ríos” 2010

	Frecuencia	Porcentaje
VPH	32	69,6
VIH/SIDA	32	69,9
GONORREA	22	47,8
SIFILIS	18	39,1

Tabla 8

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SOBRE SI SUFRE ITS.
Lesión Intraepitelial Cervical Asociada A Infección Por VPH En Adolescentes
Sexualmente Activas.
Hospital “J.M De Los Ríos” 2010**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	8,7
No	42	91,3
Total	46	100

Tabla 9

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SI SU PAREJA SUFRE ITS.
Lesión Intraepitelial Cervical Asociada A Infección Por VPH En Adolescentes
Sexualmente Activas.
Hospital “J.M De Los Ríos” 2010**

	Frecuencia	Porcentaje
SI	3	6,7
NO	42	93,3
* TOTAL	45	100

* Una paciente no respondió a la pregunta

TABLA 10

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL METODO DE BARRERA.
Lesión intraepitelial cervical asociada a infección por VPH en adolescentes
sexualmente activas.
Hospital “J.M de los ríos” 2010**

	Frecuencia	Porcentaje
SI	18	39,1
NO	28	60,9
TOTAL	46	100

TABLA 11

**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL USO DE ANTICONCEPTIVO ORAL.
Lesión intraepitelial cervical asociada a infección por VPH en adolescentes
sexualmente activas.
Hospital “J.M de los ríos” 2010**

	Frecuencia	Porcentaje
SI	19	41,3
NO	27	58,7
TOTAL	46	100

TABLA 12

USO DE ANTICONCEPTIVOS EN RELACIÓN AL INICIO DE LA RELACIÓN SEXUAL.
Lesión intraepitelial cervical asociada a infección por VPH en adolescentes sexualmente activas.
Hospital “J.M. de los ríos” 2010

	Frecuencia	Porcentaje
< 3 meses	11	37,9
3-6 meses	9	31
6-12 meses	3	10,3
> 6 meses	6	20,7
* Total	29	100

* 17 pacientes no respondieron la pregunta, tomando como total 29

Tabla 13

RESULTADOS DE LA CITOLOGIA
Lesión Intraepitelial Cervical Asociada A Infección Por VPH En Adolescentes
Sexualmente Activas.
Hospital “J.M De Los Ríos” 2010

Diagnósticos citológicos	Frecuencia	Porcentaje
LIE bajo grado + VPH	18	39,1
Inflamatorio moderado	7	15,2
Inflamatorio leve	6	13,0
Inflamatorio severo	4	8,7
Ascus	3	6,5
Inflamatorio inespecífico	1	2,2
LIE alto grado + VPH	1	2,2
Normal	6	13,0
Total	46	100,0

Tabla 14

COLPOSCOPIA
Lesión Intraepitelial Cervical Asociada A Infección Por VPH En Adolescentes
Sexualmente Activas.
Hospital “J.M De Los Ríos” 2010

Diagnósticos colposcópicos	frecuencia	Porcentaje
ZIN	14	30,4
EBA	12	26,1
Puntillado	8	17,4
Mosaico	5	10,9
Normal	19	41,3

Tabla 15

BIOPSIA

**Lesión Intraepitelial Cervical Asociada A Infección Por Vph En Adolescentes Sexualmente Activas.
Hospital "J.M De Los Ríos" 2010**

Diagnósticos anatomopatológico	Frecuencia	Porcentaje
Inflamatorio moderado	2	9,4
Inflamatorio severo	3	13,6
LIE bajo grado	7	31,6
LIE alto grado	1	4,5
Normal	9	40,9
Total	22	100,0

Tabla 16

GENOTIPO
Lesión Intraepitelial Cervical Asociada A Infección Por Vph En Adolescentes
Sexualmente Activas.
Hospital “J.M De Los Ríos” 2010

Genotipo	Frecuencia	Porcentaje
HCR *	8	17,4
6	13	28,3
11	13	28,3
16	1	2,2
18	1	2,2
Positivo no tipificable	5	10,8
Negativo	5	10,8
Total	46	100,0