



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE BIOANÁLISIS**

**CAMBIOS CITOMORFOLÓGICOS SUGESTIVOS DEL VIRUS
DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN MUJERES, CIUDAD
BOLÍVAR.**

**Profesora Asesora:
Lcda: Luz Marina Uzcátegui**

**Presentado Por:
Carrasquero Patete, María Deyanira.**

C.I.: V. 14.725.196

El Roumhin Alromhein, Samia.

C.I.: V. 14.043.339

Como requisito parcial para optar al título de Licenciado en Bioanálisis

Ciudad Bolívar, Junio 2009

ÍNDICE

ÍNDICE	ii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA.....	v
DEDICATORIA.....	vi
RESUMEN.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVOS.....	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos.....	14
METODOLOGÍA	16
Tipo De Investigacion	16
Población.....	16
Muestra.....	17
Criterios De Inclusión.	17
Criterios De Exclusión.	17
Materiales.....	17
Procedimiento	18
RESULTADOS.....	23
Tabla 1.....	25
Tabla 2.....	26
Tabla 3.....	27
Tabla 4.....	28
Tabla 5.....	29
Tabla 6.....	30

DISCUSION	31
CONCLUSION.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en todo momento:

A nuestra asesora Licenciada Luz Marina Uzcátegui por su apoyo y entusiasmo, quien de manera desinteresada nos orientó para la realización de este trabajo.

Al Doctor Jorge Finali por su valiosa e invaluable colaboración.

A las Instituciones y Laboratorios que colaboraron para que esta investigación se llevara a feliz término.

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por haber iluminado en todo momento mi camino hacia la culminación de mi carrera.

A mis padres Sami y Houda a quienes debo todo lo que soy gracias por su infinito amor, comprensión y apoyo incondicional. Mi éxito es suyo.

A mis hermanos Sonia, Maher, Rola y Lina para quienes espero que mis logros les sirva de ejemplo y motivación, y vivan esta maravillosa experiencia de alcanzar sus sueños.

A mi esposo Jhan que a estado a mi lado compartiendo mis tristezas y alegrías. Gracias por tu constante apoyo.

A mi hijo Jhansami que es la luz que iluminan mis ojos alegrándome cada día con su amor.

A mis tios Amjad y Marbelis, primos Stiwar, Kimberlin, Steven y Kinderlin por la confianza depositada en mi y sus concejos constantes.

A mis suegros y cuñados que siempre confiaron en mi capacidad para lograr mi triunfo.

A la Licenciada Mercedes Romero por brindarme su apoyo en todo momento.

A mis amigas Diana, Carmen, Maritzabel, Maria, Grisdalys, Crucelis por todas las vivencias que compartimos.

A María por su apoyo, tolerancia, comprensión y amistad.

Samia

DEDICATORIA

A mis padres David y Dellanira, por siempre estar conmigo, por ser mi mayor ejemplo de lucha y constancia y por ser las personas que mas admiro en el mundo.

A Dios Todopoderoso por todas las bendiciones que me ha concedido y por darme las fuerzas para seguir siempre adelante en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis hermanos David José, José David , mis amigas Lula y Laila por todo su afecto y por creer en mí.

A Wilver Silva que ha estado a mi lado siempre compartiendo mis tristezas y alegrías gracias por tu constante apoyo consejos y paciencia.

A mi compañera y amiga de tesis por su constancia, confianza y apoyo para que esto se hiciera realidad.

María

RESUMEN

La infección genital por Virus del Papiloma Humano(VPH) es considerada la infección de transmisión más frecuente y el factor etiológico más importante para el cáncer de cuello uterino. El presente estudio se realizó para determinar los cambios citomorfológicos del Virus del Papiloma Humano (VPH) que se realizó mediante la observación y análisis microscópico de las muestras cervicales recolectadas a mujeres que asistieron a la consulta ginecológica de la Policlínica Santa Ana en Ciudad Bolívar durante el período Octubre 2008 – Febrero 2009. Este estudio es de campo, descriptivo, transversal se examinaron 242 muestras citológicas, estas fueron coloreadas por la técnica Papanicolaou y como método de informe de diagnóstico citológico cervico-vaginales el sistema Bethesda 2001. Los resultados para la infección con signos sugestivos por el (VPH) fue de 28,93% (70 casos) del total de muestras analizadas. La calidad de las muestras analizadas según el Sistema Bethesda 2001, fueron satisfactorias para la evaluación el 53,72% (130 casos). En cuanto a los signos patognomónicos de infección por (VPH) los elementos citológicos mas común fueron el de ambos hallazgos (disqueratocitos-coilocitos) con 15,7% (38 casos). Con respecto al grupo de edad el mayor porcentaje correspondió al grupo etario de 21-25 años de edad, 41,43% (29 casos) y el 50% (35 casos) de las pacientes con infección por VPH tuvo dos parejas sexuales.

INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano, papilomavirus (VPH) está clasificado dentro del grupo de infecciones de transmisión sexual. La infección puede ser ocasionada por una de las diferentes cepas de VPH. La infección por el VPH es la más frecuente de todas las infecciones de transmisión sexual. El paciente puede evolucionar de forma subclínica y también sin síntomas, a menos que aparezcan alteraciones en la prueba de Papanicolaou y en la colposcopia. Al tratarse de una infección incurable, es posible que la infección desaparezca de forma espontánea en los primeros seis meses evitando que cronifique, fenómeno que ocurre en casi todos los procesos. La infección por el Virus Papiloma Humano constituye en nuestros tiempos una de las principales infecciones de transmisión sexual, su prevalencia puede alcanzar hasta un 70% en las personas sexualmente activas (1).

Desde tiempo atrás se tenía el conocimiento de que algunas verrugas (que son producidas por algunos tipos del papiloma humano), sobre todo de la región anogenital, sufrían un cambio hacia lesiones neoplásicas. En 1925, Buschke y Lowenstein describieron un tumor peculiar del área genital, de tipo verrugosa, histológicamente muy bien diferenciado y con características macro y microscópicas de un condiloma acuminado gigante. Esta lesión finalmente se transformaba en tumor maligno. Por otro lado, desde hace más de veinte años se ha señalado que el carcinoma cervicouterino, por su presentación en pacientes con características epidemiológicas especiales, se comporta como una de las infecciones de transmisión sexual (2).

En 1976, Zur Hausen planteó la hipótesis, la cual, propone al virus del papiloma humano como el agente sexualmente transmitido y responsable de la

transformación neoplásica en el cuello uterino. Las infecciones por el Virus de Papiloma Humano representan una de las infecciones por transmisión sexual más común en la mayoría de los países, además se asocia con la producción de infecciones a nivel del cuello uterino y se ha relacionado con cáncer del cervix. Las verrugas y el crecimiento anormal de células (displasia) cerca del ano o cuello uterino son causados por diferentes serotipos de VPH. El crecimiento anormal de células puede resultar en cáncer anal o cervical (3,4).

La infección del Virus del Papiloma Humano tiene una gran trascendencia y en la actualidad preocupa a la comunidad científica desde el punto de vista sanitario, por sus aspectos epidemiológicos, todavía no enteramente dilucidados, así como, por el amplio espectro clínico, el potencial oncogénico de algunos genotipos, la complejidad de su terapéutica y las frecuentes recidivas que se producen en los pacientes afectados (5).

Los papilomavirus son virus ADN de doble cadena, de 52 a 55 nm de diámetro, sin envoltura y con una cápside compuesta de 72 capsómeros que envuelven el genoma, el cual, contiene 8.000 pares de bases, con aproximadamente 9 genes que llevan la información para proteínas estructurales (gen L1 y L2) y proteínas no estructurales (5).

La mayoría de las infecciones por VPH son transmitidas por contacto directo con lesiones infectadas a través de abrasiones mínimas en la piel. Esta infección es de gran incidencia mundial en particular en poblaciones sexualmente activas (19-40 años), preferentemente jóvenes menores de 25 años, lo cual, se evidencia en un estudio realizado en Jamaica donde se encontró que 58 mujeres fueron identificadas positivas y la prevalencia del VPH por grupo de edad fue el 39% en mujeres de 20 a 24 años, 31% en mujeres de 25 a 29 y 17% en más de 30 años y se cree que es debido

a la respuesta inmunológica efectiva que se produce a lo largo del tiempo, lo cual, no excluye a edades extremas (6).

Los tipos de VPH que se conocen como virus de bajo riesgo son los que raramente producen cáncer, estos incluyen los serotipos 6 y 11, los cuales, son fundamentalmente responsables del condiloma acuminado exofílico del tracto anogenital y papiloma del tracto respiratorio superior en niños y lesiones menores de la zona de transformación, es decir, la infección subclínica del VPH (condiloma plano) o en la neoplasia intraepitelial de grado 1 (NIC I). En cambio, los serotipos de VPH que pueden favorecer el desarrollo de cáncer se conocen como de alto riesgo e incluyen los VPH 16, 18, 31, 35, 45 y 51. Estos serotipos causan crecimiento que normalmente parecen planos y son casi invisibles, en comparación con las verrugas causadas por los VPH 6 y 11. Tanto los tipos de VPH de bajo riesgo como los de alto riesgo pueden producir alteraciones celulares en el cuello del útero, vulva y pene (7).

Los signos de infección con VPH, verrugas y displasia, deben ser tratados en cuanto aparecen, si no, la infección se puede diseminar y aumentan las posibilidades de que la misma reaparezca después del tratamiento. En 1956, Koss acuñó el término coilocitosis. Finalmente, en 1976, Meisels y Fortín establecen la etiología viral del coilocito. Los coilocitos son células escamosas maduras (superficiales o intermedias) con un halo perinuclear bien definido; el citoplasma residual que queda entre el halo y la membrana celular es denso y a veces hialino, y la coloración citoplasmática puede ser basófila o eosinófila. En el tejido infectado los cambios histológicos son: hiperplasia de la capa basal y proliferación de las células de los estratos intermedios; es en estas células se presentan los cambios citopáticos característicos de la infección, que son los coilocitos y cuando la lesión es exuberante, la capa superficial se queratiniza, pudiéndose identificar disqueratocitos, así como numerosas capas de queratina (8).

Las células características de la infección corresponden a los coilocitos, que son células de estratos intermedios o superficiales, con crecimiento nuclear aparente, cromatina difuminada y un gran halo perinuclear que hace que el citoplasma circundante al mismo deje un espacio vacío claramente discernible entre el núcleo y el citoplasma. A menudo hay binucleación. Además, de los coilocitos, los disqueratocitos también, son producto de la infección por virus del papiloma humano; estas células están totalmente queratinizadas, con cambios nucleares similares al coilocito. A menudo, aparecen en forma de células queratinizadas muy pequeñas que se descaman aisladas o en conglomerados. A veces, cuando el condiloma presenta extensa queratinización y el frotis se obtiene superficialmente, sólo estos elementos estarán presentes en el espécimen citológicos (9).

Las verrugas suelen aparecer entre uno a seis meses después de la infección y comienza como, una diminuta protuberancia, similar a un lunar de color rosa; con el tiempo puede aparecer prurito. Crecen rápidamente, especialmente cuando son sometidas a traumatismo, y llegan a tener apariencia de coliflor. La vulva presenta generalmente lesiones exofíticas, mientras que en el cervix se observa con frecuencia lesiones tipo condiloma plano, de tal forma, que las lesiones son consideradas de más alto riesgo para la progresión de cáncer de cuello uterino. Existen tres variaciones de condiloma: a) Exofítico (con algunas variaciones), b) Plano (infección subclínica) y c) Endofítico. Las tres variaciones asientan con más frecuencia a nivel del cervix, destacando que la exofítica es más común en la vulva, periné y región perianal. La endofítica crece hacia el canal endocervical (10).

En el caso de la mujer se recomienda que asista a la consulta de ginecología al menos una vez cada 6 meses, durante toda su vida reproductiva y una vez al año después de la menopausia. El ginecólogo practicará un reconocimiento general, examen de vulva, de vagina de cuello. El diagnóstico clínico se realizará por la presencia de la lesión en forma de coliflor: blanquecina, blandas e indoloras. No

obstante, cuando se trata de lesiones sin estas características como las que ocurren en el cuello del útero, se procederá a realizar el estudio colposcópico; este examen consiste en una evaluación directa del cuello con un lente binocular de gran aumento, el cual, permite visualizar las llamadas lesiones atípicas epiteliales (tejido de tipo anormal), si están presentes se tomará una pequeña muestra de tejido (biopsia), la cual, se debe enviar al laboratorio para su estudio histológico y determinar dentro de cuál categoría se encuentra la lesión. También, es importante la citología exfoliativa cervico-vaginal teñida con Papanicolaou, la cual, consiste en recoger las células que caen del cuello uterino; este sigue siendo uno de los métodos de escrutinio para el diagnóstico oportuno de cáncer y detección de infección por VPH (11).

A partir de una citología del cuello uterino cuando existe VPH es común que se informe de la presencia de coilocitos, es decir, células epiteliales de descamación con lisis perinuclear que se manifiesta como un halo claro alrededor del núcleo. Ante este hallazgo es recomendable su colaboración con colposcopia y biopsia dirigida a través de la prueba del ácido acético, en esta última técnica se pincela con ácido acético al 2% el cuello del útero observándose la aparición de una zona blanquecina entonces se sospechará que dicha zona esta infectada. Además, de estos estudios rutinarios también existen métodos más sofisticados para saber el tipo viral o reconocer algunas proteínas virales, genomas, oncogenes, etc., para los cuales, se utilizan métodos de biología molecular para identificar ADN viral, tales como: Inmunohistoquímica, Hibridación, Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) (12).

Durante muchos años, los ginecólogos han luchado contra este flagelo utilizando varias formas de tratamiento; tales como: si la lesión se encuentra en la piel, usualmente se recomendará eliminarlas mediante el uso de la podofilina (excepto en embarazo) o el ácido tricloro acético al 85% (hoy en desuso) cuando se trata de destrucción del epitelio cervical. Otra manera, es la congelación del epitelio del cuello uterino con Sistemas de Criocirugía y las más modernas técnicas de Rayos

Láser y Radiocirugía de Alta Frecuencia. La criocirugía ha caído en desuso debido a que posterior al tratamiento, la mujer presente una secreción vaginal acuosa, abundante, que puede durar hasta 6 semanas y resulta muy incómoda. La terapia con Rayos Láser también ha dejado de utilizarse, debido al alto costo y que los resultados no fueron del todo satisfactorios, por eso, en los últimos años se utiliza exclusivamente la Radiocirugía del Alta Frecuencia, el cual, es un método sencillo, económico y sumamente eficaz, se realiza en el propio consultorio toma aproximadamente 15 minutos la intervención, que es realizada con anestesia local y totalmente sin dolor, es por esta razón que se recomienda hoy día el uso de la Radiocirugía de Alta Frecuencia también llamada Asa Diatérmica como el método de primera elección para el tratamiento de las lesiones por VPH y NIC (13).

Existen factores asociados a la infección por VPH que son los que hacen que la mujer tenga mayor riesgo de contraerla y que la infectada tenga peor capacidad de respuesta inmunológica y, por tanto, mayor persistencia de la lesión, entre esos factores se encuentran: traumatismo o laceraciones locales, promiscuidad sexual, alta frecuencia de relaciones sexuales, sexo anal, coitos a edades tempranas, usos de anticonceptivos orales, malos hábitos higiénicos, alta paridad, alto consumo de alcohol, hábitos tabáquicos, inmunosupresión celular, deficiencia nutricional. La mujer desde su vida intrauterina presenta constantes modificaciones del epitelio cervico-vaginal, el cual, está conformado por epitelio escamoso y epitelio cilíndrico o columnar; el sitio de unión es estos epitelios es conocida como unión escamo-columnar o escamo-cilíndrica. Es en esta unión y en la zona de transformación donde presumiblemente actúan los agentes con potencial carcinogénico dando origen a la metaplasma atípica, lesiones intraepiteliales cervicales y carcinomas invasivos (14).

En el informe citológico, las alteraciones a nivel del epitelio se describen siguiendo ciertas pautas establecidas en el sistema internacional conocido como “Sistema Bethesda” 2001. Este sistema de reporte tiene 3 categorías que se estudian

para el reporte de muestras cervico – vaginales, entre estas tenemos: calidad de muestra cervico vaginal en la primera categoría se estudian la idoneidad de la muestra cuando es satisfactoria para evaluación señalando la presencia o ausencia de células endocervicales o metaplasias, para clasificar la muestra insatisfactoria hay que especificar el motivo, entre estas tenemos; muestra rechazada o no procesada, especificar el motivo de muestra procesada y examinada para insatisfactoria para valoración de anormalidades epiteliales debido hay que especificar el motivo (15).

Para la segunda categoría según el Sistema Bethesda 2001 se clasifica en: negativa para la lesión intraepitelial o malignidad; células epiteliales anormales y otras que incluyen pacientes que presentan células endometriales en mujeres mayor o igual 40 años. Y la tercera categoría según el Sistema Bethesda 2001 se interpretan los resultados según las muestras negativas para lesión intraepitelial o malignidad entre estas tenemos: las de bajo grado abarcan la displasia leve (NIC1) y los cambios citopatológicos asociados a la infección por VPH, como la presencia de coilocitos típicos con su vacuola y su núcleo normal. Los de alto grado abarcan la displasia moderada, severa, el carcinoma “in situ” (NIC2 Y NIC3) y los cambios asociados subjetivos a VPH como coilocitos atípicos. Y para los resultados reportados como células epiteliales anormales tenemos: Células Escamosas Atípicas (ASC), Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LIE BG) y Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado (LIE AG) (15).

La infección por el VPH genital es una de las infecciones transmitidas sexualmente más comunes en los Estados Unidos, con un promedio aproximadamente 50% en el adolescente sexualmente activo y las mujeres adultas jóvenes. Una comprensión de los riesgos para la adquisición de VPH en el adolescente y las mujeres adultas jóvenes son críticas para el plan de programas de prevención infecciones primarias y sus secuelas como el condiloma y el cáncer cervical. Los

recientes estudios han demostrado factores de riesgo los cuales incluyen el número de compañeros sexuales, y edad temprana de primera relación sexual (16).

Aproximadamente 24 millones de americanos están actualmente infectados con VPH, se cree que anualmente ocurren de 500.000 a 1 millón de nuevos casos de verrugas genitales, produciendo 600.000 visitas por año a los cuidados de salud. El VPH se ha identificado como el agente etiológico para el condiloma acuminado. La infección con VPH causa de las verrugas. Normalmente se encuentran las verrugas genitales en el pene y alrededor del ano en los hombres (17,18).

Se realizó un estudio en la parroquia Macapo, capital del Municipio Lima Blanco, ubicada al norte del Estado Cojedes, durante el periodo Abril – Noviembre 2007; la prevalencia del VPH y sus distintos genotipos, fueron evaluadas 74 mujeres entre 17 y 70 años de edad, 12 % presentaron citologías alteradas: ASCUS 78% LIE BG 22%. El genotipaje mostro: 85% de bajo riesgo oncogénico (tipos 6/11 o ambos); 5% de alto riesgo (tipo 18) y 10% no tipificables. (19).

Se realizó un estudio con muestras cervicales de estudiantes sexualmente activas de la Universidad Central de Venezuela, durante el período de Diciembre 2008, en edades comprendidas entre 18 y 25 años, que presentaban lesiones o alteraciones citológicas. Se evaluaron 70 muestras citológicas (hisopados) tomadas en el área genital, recibidas en el Laboratorio de Genética Molecular del Instituto de Oncología y Hematología, con diagnóstico Clínico o citológico de referencia. El 34,3% de las muestras (24/70) presentó diagnóstico citológico de coilocitosis o LIE BG; el 65,7% (46/70) presentó diagnóstico clínico de condilomatosis o papilomatosis. (20).

En Ciudad Bolívar realizaron un estudio, durante el periodo Noviembre 1998 hasta Marzo 1999 y evaluaron 400 pacientes que acudieron a los diferentes centros de

servicios de Ginecología y Planificación Familiar del Hospital Julio Criollo Rivas, Hospital Raúl Leoni y Ambulatorio Tipo 1 los Próceres donde se encontró 191 casos positivos (48,75%). En este estudio las edades extremas de las mujeres con infección por VPH fue de 21 años y de 25 años con 21,02% (41 casos) (21).

El programa de Salud sexual y Reproductiva y de Vacunación contra el VPH, organizada conjuntamente por el UNFPA(Fondo de población de la Naciones Unidas) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), que tuvo lugar en marzo de 2006 en Montreux, Suiza. Tiene por objeto informar a los interesados directos de los numerosos programas de salud sexual y reproductiva, inmunización, salud de niños y adolescentes y control oncológicos, sobre algunos asuntos claves que plantea la próxima introducción de vacunas contra el cáncer cérvico-uterino provocado por el VPH (22).

La Vacuna contra el VPH es una preparación de partículas VPH virus-similares en suspensión líquida que inyectada en el ser humano genera inmunidad específica contra los serotipos del virus VPH que tiene mayor importancia médica por ser los principales promotores del cáncer del cuello uterino y de la enfermedad condilomatosa genital. Esta vacuna sintética, está compuesta por partes del virus creadas artificialmente, no con virus real, para engañar al cuerpo y crear una inmunidad por anticuerpos, de manera que si la persona entra en contacto con el virus, los anticuerpos lo atacan y previenen que el virus infecte las células y desencadene la cascada de eventos que podría desarrollar lesiones precancerosas (displasia) y cáncer. En todas las pruebas que se han hecho no se ha visto ningún efecto secundario severo, a no ser molestia en la zona de inoculación. (23).

Fabricantes de la vacuna llamada comercialmente Gardasil, la misma está diseñada para prevenir 4 tipos de los aproximadamente cien sub-tipos de VPH que hay. De esos 4 tipos, 2 son de alto riesgo y 2 son de bajo riesgo. Los 2 de alto riesgo que son 16 y 18 son causantes de aproximadamente el 70 por ciento de todos los

casos de cáncer del cuello de la matriz. Además los de bajo riesgo, que son el 6 y el 11, son los que causan verrugas tipos, 2 son de alto riesgo y 2 de bajo riesgo. Los 2 de alto riesgo que son el 16 y 18 son causantes de aproximadamente el 70 por ciento de todos los casos de cáncer del cuello de la matriz. Además los de bajo riesgo, que son el 6 y el 11, son los que causan verrugas genitales, que si bien no matan a nadie, producen molestias y dolor a nivel sexual. No se recomienda poner la vacuna a personas que ya han estado sexualmente activas, o que ya han tenido problemas con Papanicolaou anormales, o se ha detectado que han tenido infección de VPH (23).

La vacuna funciona bien para crear inmunidad y prevenir la infección, pero una vez que la infección se ha establecido, la vacuna no está diseñada para eliminar el virus, no es un tratamiento. Se vacunará a niñas en edad escolar (alrededor de los 9 años) antes de que inicien actividad sexual, mujeres en edad reproductiva y sexualmente activas, mujeres u hombres promiscuos(as) o expuestos (as) a múltiples parejas; con el tiempo se vacunará a toda la población considerada de alto riesgo, especialmente en poblaciones de bajos recursos y pobre control/atención en salud femenina (24).

A pacientes previamente contagiados con VPH para evitar nuevos serotipos o generar una mejor respuesta inmune para evitar nuevas reinfecciones por el mismo serotipo que ya posee. Son tres dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en un período de 6 meses. Primera dosis el día cero, segunda dosis en 1 mes y tercera dosis a los 6 meses (24).

Este es un descubrimiento histórico que marcará un cambio drástico en la evolución natural de la infección por VPH y la incidencia de cáncer de cuello uterino: tres dosis de la vacuna eliminará miles/millones de casos de cáncer de cuello uterino en países del tercer mundo. Previene la infección por VPH de los serotipos cubiertos,

previene las infecciones persistentes por VPH de los serotipos cubiertos. Entonces, previene el cáncer de cuello uterino. La vacunación limitará considerablemente el uso de procedimientos destructivos del cuello uterino y así se limitarán gastos, molestias y complicaciones para las pacientes(24).

Las limitaciones de esta es que las pacientes vacunadas dejen de asistir a sus controles ginecológicos anuales y crean que la citología cervicovaginal (Pap) es innecesaria además que las mujeres relajen su conducta sexual ante las medidas de protección contra otras enfermedades venéreas, incluyendo el contagio con otros serotipos de VPH, ninguna vacuna cubre el amplio espectro de serotipos virales existentes(25).

Dado que la vacuna induce una respuesta por anticuerpos en sangre su efecto es exclusivamente preventivo sobre nuevas infecciones y no afectaría a las partículas virales que están dentro de las células (episomas) o aquellas células con cambios premalignos o malignos efectuados por la inclusión del ADN viral en su genoma. La respuesta a la vacuna no tiene acceso al ADN viral solo genera anticuerpos contra el envoltorio viral. Es posible que exista inmunidad viral algunas semanas después de aplicada la segunda dosis de la vacuna, por los momentos se considera que la protección dura 4-5años (la duración de los estudios sobre la vacuna) pero se espera que pueda ser de por vida, es posible que exista reacción cruzada a muchos otros serotipos pero los estudios están en curso, en 10 años se notará el efecto de la vacuna sobre el cáncer de cuello uterino(25).

La incidencia de este virus es cada vez más elevada y las dificultades para el diagnóstico, tratamiento y sus complicaciones, hace pensar que se está ante un verdadero problema de salud pública que exige unidad de esfuerzo y voluntades. Los jóvenes tienen más riesgo de contraer Virus del Papiloma Humano (VPH) debido, a

que inician sus relaciones sexuales a temprana edad y sin protección por su inexperiencia o falta de conocimiento, la razón, por la que hay, una alta frecuencia de infecciones sexuales es la promiscuidad entre otras.

Actualmente, a pesar de contar con un método sencillo, rápido y económico como la tinción Papanicolaou, el número de mujeres con patologías cervicales aumentan día a día, por lo que se desea saber ¿Cuál es el número de pacientes de sexo femenino que presentan elementos sugestivos de VPH, en los frotis de muestra cérvico-vaginal, tomadas en la consulta ginecológica de un consultorio de la Policlínica Santa Ana de Ciudad Bolívar en el periodo Octubre 2008– Febrero 2009?

JUSTIFICACIÓN

La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) ocasiona lesiones en el cuello uterino asociados con el desarrollo de cáncer. Se sabe que existen más de un centenar de subtipos de este virus y que de ellos, al menos 20 son capaces de provocar alteraciones del epitelio cervical. Se ha acordado dividir los subtipos de VPH en dos categorías, de bajo y de alto riesgo; los subtipos 6 y 11 son de riesgo bajo, y los subtipos 16 y 18 son conocidos como VPH de alto riesgo. El VPH produce verrugas de transmisión sexual y tumores del tracto genital. Este tipo de infección es de gran relevancia por la facilidad de contagio y por la falta de tratamiento que elimine al virus, debido, a que casi siempre se trata por la extirpación de la verruga.

Debido a que está demostrado la relación entre VPH y el cáncer cervical en las mujeres sexualmente activas es de suma importancia su diagnóstico precoz. Por ello esta investigación se realizó con el objetivo de determinar los cambios citomorfológicos con sospecha de VPH en mujeres sexualmente activas que acuden a la consulta ginecológica de la Policlínica Santa Ana de Ciudad Bolívar en el periodo Octubre 2008– Febrero 2009.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los cambios citomorfológicos sugestivos de infección por VPH en muestras cérvicos vaginales en pacientes que acuden a la consulta ginecológica de un consultorio de la Policlínica Santa Ana de Ciudad Bolívar en el período Octubre 2008 – Febrero 2009.

Objetivos Específicos.

1. Cuantificar el número de muestras con signos sugestivos de Virus de Papiloma Humano en la citologías cervico-vaginales de las pacientes que acuden a la consulta ginecológica de un consultorio de la Policlínica Santa Ana de Ciudad Bolívar en el período Octubre 2008 – Febrero 2009.
2. Categorizar según el sistema Bethesda 2001 de las muestras cervico-vaginales en las pacientes con signos sugestivos de infección por Virus de Papiloma Humano.
3. Interpretar los resultados citológicos según los criterios del Sistema Bethesda 2001 para las células epiteliales anormales que sugieren cambios por Virus de Papiloma Humano.
4. Clasificar el número de mujeres sexualmente activas infectadas por Virus de Papiloma Humano según el grupo etario, que acuden a la consulta ginecológica de un

consultorio de la Policlínica Santa Ana de Ciudad Bolívar en el período Octubre 2008 – Febrero 2009.

5. Clasificar el número de mujeres sexualmente activas infectadas por Virus de Papiloma Humano según el número de parejas sexuales, que acuden a la consulta ginecológica de un consultorio de la Policlínica Santa Ana de Ciudad Bolívar en el período Octubre 2008 – Febrero 2009.

METODOLOGÍA

Tipo De Investigacion

Es una investigación de campo, ya que la recolección de datos se realiza directamente en el área en la que se desenvuelven los hechos referentes al objeto de estudio, particularmente en la consulta ginecológica de un consultorio de la Policlínica Santa Ana de Ciudad Bolívar (26).

También es de tipo descriptiva ya que establece que este estudio se utiliza cuando se desea describir una realidad en todos sus componentes principales. Consiste en caracterizar un hecho, fenómeno o grupo de sujetos, con el fin de establecer su estructura o comportamiento, describiendo la observación y análisis microscópica de las muestras citológicas recolectadas de mujeres sexualmente activas que acudieron a la consulta ginecológica de un consultorio de la Policlínica Santa Ana de Ciudad Bolívar. Es transversal por que el estudio se realizó en un lapso de tiempo corto(26).

Población

Estuvo conformada por 415 pacientes que acudieron a la consulta ginecológica de un consultorio de la Policlínica Santa Ana de Ciudad Bolívar en el período Octubre 2008 – Febrero 2009.

Muestra

La muestra estuvo representada por 242 pacientes que acudieron a una consulta ginecológica de un consultorio de la Policlínica Santa Ana de Ciudad Bolívar en el período Octubre 2008 – Febrero 2009.

Criterios De Inclusión.

- Participaron todas aquellas pacientes con consentimiento voluntario.
- Pacientes con vida sexual activa.

Criterios De Exclusión.

- Pacientes que no quisieron participar en el estudio.
- Mujeres embarazadas.
- Pacientes que se hayan realizado los siguientes tratamientos: histerectomía, radioterapia, crioterapia, otros.

Materiales

Para la recolección de muestras:

Espéculo vaginal.

Espátula de Ayre.

Láminas portaobjetos (7.5 * 2.5)

Fijador celular Fixcell

Boleta de reporte.

Mesa ginecológica.

Un pequeño cepillo endovervical o torunda de algodón.

Porta con banda esmerilada

Foco luminoso.

Materiales para la coloración por el método de Papanicolaou.

Gradilla especial para la coloración

Xilol.

Colorante Papmart.

Colorante de Hematoxilina de Harris

Alcohol etílico al 95%.

Lámina portaobjeto.

Bálsamo de martex.

Etanol.

Agua destilada.

Agua de chorro.

Microscopio óptico

Procedimiento

Toma de Muestra.

Instrucciones a la paciente previas a la citología:

- Abstenerse de relaciones sexuales en las 48 horas previas a la toma.
- Debe haber finalizado la menstruación 4-5 días antes.
- Lavarse externamente con agua y jabón, no hacer lavador internos ni con desodorantes vaginales.
- No usar tratamientos tópicos en 5-7 días antes a la prueba (óvulos, espermicidas, cremas vaginales)

Previa recolección de la muestra el ,médico llena los datos de la paciente en la boleta elaborada para tal fin (ver apéndice). La obtención de la muestra fue realizada por el médico ginecológico, mediante la introducción de un espéculo, en mujeres en edad fértil la unión escamo-columnar se encuentra a nivel del orificio cervical externo, por ende una correcta toma no debería presentar mayor dificultad para la obtención de ambos epitelios, por lo tanto, es indispensable la identificación de la unión escamo-columnar a la especuloscopia por parte del profesional que toma la muestra, ya que este, es el punto de inicio de las neoplasias intraepiteliales, que representa muestra óptima según el sistema Bethesda para muestra cervico-vaginales.

La mujer ha de estar colocada en posición ginecológica, procurando que esté relajada. Se separan con una mano los labios vulvares y se introduce el espéculo con la otra en sentido longitudinal a la vulva. Se rota el espéculo 90°, una vez introducido se abre hasta la completa visualización del cérvix y se fija el espéculo.

Se hacen 3 tomas.

1. Fondo de saco vaginal posterior, con la parte semicircular de la espátula, luego se extiende sobre el porta, en la banda izquierda.
2. Toma de exocérvix, girando la espátula, en su parte lobulada, alrededor del cérvix, extendiendo la muestra en la parte central del porta.
3. Toma del endocérvix con la torunda o cepillo endocervical, una vez introducido en el orificio cervical y extendemos la muestra en la banda derecha.

La sensibilidad del PAP depende de cuatro factores clave vinculados con la obtención de la muestra.

1. Condiciones previas en que se presenta la paciente.
2. Ubicación anatómica más adecuada para extraer una muestra.

3. Técnica instrumental de la extracción.
4. Extensión, fijación y tinción del extendido.

Extendido- Fijación

Se realiza un extendido de la muestra en una lámina portaobjeto, este es una lámina de vidrio que tendrá un extremo esmerilado, o con una etiqueta adhesiva donde figuran los datos de la paciente la cual, se fija inmediatamente con fijador celular (Fixcell) si se deja secar el extendido antes de la fijación, se produce una marcada distorsión de las células.

Técnica. (27)

La técnica utilizada en la coloración de las láminas para su posterior interpretación microscópica es la conocida coloración de Papanicolaou que es la que nos va a permitir realizar la observación de los elementos sugestivos de VPH:

La lámina se introduce en alcohol por 10 minutos.

Luego se pasa por agua destilada por 10 minutos. Para que se hidrate el extendido.

Colorear con la Hematoxilina de Harris por 5 minutos, para teñir el núcleo.

Lavar el exceso de colorante, con agua de chorro. Sumergir 15 veces.

Sumergir en Etanol durante 15 veces.

Colorear con Papmart por 10 minutos. Colorea los elementos No epiteliales.

Diferencia células cianófilas de eosinófilas. Intermedias: Cianófilas (azul).

Superficiales: Eosinófilas (rosadas).

Sumergir en Etanol durante 15 veces.

Secar.

Introducir las láminas en una cubeta con Xilol por 10 minutos, para aclarar los detalles celulares

Cubrir las láminas con martex y se dejan secar.

Observar y analizar las láminas al microscopio. Según criterios del Sistema Bethesda 2001, (ver apéndice) reporte citológico.

Interpretación de Resultados

Para el diagnóstico citológico, se utilizó, los criterios del **Sistema Bethesda 2001** para identificar los elementos citológicos del virus papiloma humano en el estudio citológico, también se tabularon los resultados utilizando estadística descriptiva, porcentajes.

Dentro de los criterios para un informe de Papanicolaou (PAP), el sistema de reporte Bethesda 2001 hace mención a la calidad de la muestra, la cual debe contener el componente exocervical y endocervical (en mujeres en edad fértil). Se establece muestra satisfactoria, aquella que representa ambos componentes cervicales, y como muestra poco satisfactoria o menos óptima, la que no presenta el componente endocervical y/o metaplásico. (27).

Para la segunda categoría según el Sistema Bethesda 2001 se clasifica en: negativa para la lesión intraepitelial o malignidad; células epiteliales anormales y otras que incluyen pacientes que presentan células endometriales en mujeres mayor o igual 40 años. Y la tercera categoría según el Sistema Bethesda 2001 se interpretan los resultados según las muestras negativas para la lesión intraepitelial o malignidad entre estas tenemos: las de bajo grado abarca la displasia leve (NIC1) y los cambios citopatológicos asociados a la infección por VPH, como la presencia de coilocitos típicos con su vacuola y su núcleo normal. El diagnóstico de infección por virus del papiloma en citologías cervico-uterinas sólo debe ser emitido cuando se observan

coilocitos o disqueratocitos ambos hallazgos permiten el diagnóstico sugestivos del VPH. Los disqueratocitos son células totalmente queratinizada con cambios nucleares similares al coilocito (15).

Los de alto grado abarcan la displasia moderada, severa, el carcinoma “in situ” (NIC2 Y NIC3) y los cambios asociados subjetivos a VPH como coilocitos atípicos. Y para los resultados reportados como células epiteliales anormales tenemos: Células Escamosas Atípicas (ASC), Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LIE BG) y Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado (LIE AG) (15).

RESULTADOS

Se estudiaron 242 citologías tomadas a las pacientes que asistieron a la consulta ginecológica de un consultorio de la Policlínica Santa Ana, durante el periodo Octubre 2008 - Febrero 2009, de las cuales 28.93% (70 casos) fueron sugestivas de infección por Virus de Papiloma Humano y 71.07% (172 casos) resultaron negativas para signos sugestivos de Virus de papiloma Humano a través de la técnica de Papanicolaou (Tabla No. 1).

Las muestras fueron reportadas según criterios del Sistema Bethesda 2001, según la categoría calidad de la muestra los resultados fueron los siguientes del total de muestras analizadas se reportaron 53.72% (130 casos) satisfactorias y entre las muestras insatisfactorias tenemos: por falta de datos 5.79% (14 casos), por ausencia de células endocervicales 33.47% (81 casos) y por coloración 7.02% (17 casos) (Tabla No. 2).

Se analizaron 242 muestras cervico-vaginales reportadas según el Sistema Bethesda 2001, con respecto a la categorización general, los resultados obtenidos fueron 71.07% (172 casos) negativas para la lesión intraepitelial o malignidad y 28.93% (70 casos) de muestras con células epiteliales anormales. De las 70 muestras reportadas con células epiteliales anormales corresponden a Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LIE BG) compatible con cambios citológicos de infección por VPH y ningún paciente resulto con Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIE AG) en este estudio (Tabla No. 3).

Interpretando los resultados citológicos según los criterios del Sistema Bethesda 2001, para las células epiteliales anormales con LIE BG por cambios

citológicos por VPH tenemos un total de 28.93% (70 casos), con cambios sugestivos o patognomónicos de VPH entre estos hallazgos citológicos identificados a través del microscopio óptico fueron: coilocitos 14.28% (10 casos), disqueratocitos 31.43% (22 casos) y con ambos hallazgos citológicos 54.29% (38 casos) (Tabla No. 4).

Según el grupo de edades se observó que el 100% que representa a las 70 muestras con cambios sugestivos fueron positivas para VPH predominó en primer lugar el grupo de edades correspondiente a 21 - 25 años con 41.43% (29 casos), en segundo lugar 15 - 20 años con 25.71% (18 casos), en tercer lugar 31- 35 años 21.43% (15 casos) y por último entre el rango de 36 - 40 años y el de 41 - 45 años se encontró 2.86% (2 casos) en ambos grupos de edades (Tabla No. 4).

Las pacientes con signos sugestivos de VPH de acuerdo al número de parejas sexuales, se encontró 25.71% (18 casos), de pacientes con signos sugestivos por infección por VPH con un compañero sexual, aquellas pacientes que manifestaron dos compañeros sexuales se observaron 50% (35 casos), con tres parejas sexuales se hallaron 21.43% (15 casos) y por último con cuatro parejas sexuales se encontró 2.86% (2 casos) que presentaron infección sugestiva de VPH diagnosticadas a través de las muestras cervico-vaginales según la terminología del Sistema Bethesda 2001 (Tabla No. 6).

Tabla 1

Pacientes con signos sugestivos de Virus del Papiloma Humano en muestras cervico-vaginales. Consulta ginecológica de la Policlínica Santa Ana en Ciudad Bolívar Octubre 2008 – Febrero 2009.

Muestras con cambios sugestivos de VPH	N° de pacientes	%
Positivas	70	28.93
Negativas	172	71.07
TOTAL	242	100,00

Tabla 2

**Reporte de muestras cervico-vaginales según terminología Sistema Bethesda
2001. Consulta ginecológica de la Policlínica Santa Ana Ciudad Bolívar Octubre
2008 – Febrero 2009.**

Categoría	Nº de muestras	%
Calidad de la muestra		
Satisfactorias	130	53,72
Insatisfactoria por error de coloración	17	7,02
Insatisfactoria por falta de datos	14	5,79
Insatisfactoria por ausencia de células endocervicales	81	33,47
TOTAL	242	100,00

Tabla 3

Reporte de muestra cervico-vaginales según terminología Sistema Bethesda 2001, según categorización general. Consulta ginecológica de la Policlínica Santa Ana Ciudad Bolívar Octubre 2008 – Febrero 2009.

Categoría general	N° de muestras	%
Negativas para la lesión intraepitelial o malignidad	172	71,07
Células epiteliales anormales	70	28,93
Otras (células endometriales en mujer \geq 40 años)	–	–
TOTAL	242	100,00

Tabla 4

Resultados citológicos según los criterios del Sistema Bethesda 2001 para las muestras con células epiteliales anormales que sugieren cambios por VPH. Consulta ginecológica de la Policlínica Santa Ana Ciudad Bolívar Octubre 2008 – Febrero 2009.

Células epiteliales anormales en LIE BG por cambios citológicos por VPH	N° de muestras	%
Disqueratocito	22	31,43
Coilocito	10	14,28
Disqueratocito y Coilocito	38	54,29
TOTAL	70	100,00

Tabla 5

**Distribución de grupo etario de pacientes con infección por Virus de Papiloma Humano. Consulta ginecológica de la Policlínica Santa Ana Ciudad Bolívar
Octubre 2008 – Febrero 2009.**

Rango de edades	N°	%
15 – 20	18	25,71
21 – 25	29	41,43
26 – 30	15	21,43
31 – 35	4	5,71
36 – 40	2	2,86
41 – 45	2	2,86
TOTAL	70	100,00

Tabla 6

Número de pacientes sexualmente activas con cambios sugestivos de Virus de Papiloma Humano según el número de parejas sexuales. Consulta ginecológica de la Policlínica Santa Ana Ciudad Bolívar Octubre 2008 – Febrero 2009.

Número de parejas sexuales	Pacientes con cambios sugestivos de VPH	%
1	18	25,71
2	35	50
3	15	2,43
4	02	2,86
TOTAL	70	100,00

DISCUSION

Se analizaron 242 muestras citológicas coloreadas por el método de Papanicolaou, los resultados mostraron que 70 de los casos fueron sugestivos de infección por VPH y 172 fueron negativos para cambios de la infección por VPH, dichos resultados son semejantes a los datos obtenidos en el trabajo de investigación por Coob, et al., (1999); quienes realizaron un estudio epidemiológico de infección por VPH de tipo transversal estudiaron 274 mujeres que acudieron a los servicios de primer nivel de atención del Hospital General Instituto Mexicano del Seguro Social en Cuernavaca, se obtuvieron 77 casos con signos sugestivos por VPH y 197 casos fueron negativos para VPH.

Según los criterios de calidad de la muestra según Sistema Bethesda 2001, se observó que el mayor número de muestras analizadas fueron satisfactorias para la evaluación 130 casos y las muestras insatisfactorias por falta de datos, de coloración, por ausencia de células endocervicales se encontraron 112 casos. Estos resultados se aproximan a los de Martínez (1999), quien realizó un trabajo de investigación y determino frecuencia de infección por el VPH en Estado Bolívar, se evaluaron 400 pacientes que acudieron a los diferentes centros de servicio de Ginecología y Planificación Familiar del Hospital Julio Criollos Rivas, Hospital Raúl Leoni y Ambulatorio Tipo 1 los Próceres encontrando 145 muestras satisfactorias para el estudio citológico por presentar células de la región escamo-columnar representadas por células endocervicales o metaplasicas. Ovoideo y Arpia, (2004) realizó un estudio en mujeres que asistieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello Venezuela para identificar los factores de riesgo en mujeres con VPH de las 300 muestras procesadas fueron insatisfactorias 127 casos y 173 casos satisfactorias, resultados que difieren con este estudio.

Se evaluaron los elementos citopatognómonicos sugestivos a VPH en el presente trabajo y predominó el hallazgo de ambas células disqueratocito y coilocito (38 casos), seguido de disqueratocito (22 casos) y por último coilocito (10 casos). Observándose similitud con el estudio realizado por Martínez (1999), con (10 casos) de coilocitos, al compararlos con los otros elementos predominó en su estudio el disqueratocito (100 casos) y ambos hallazgos (disqueratocito y coilocito) con (85 casos). De Guglielmo. Et al., (2008); realizaron una evaluación, mediante RCP, de la infección por el virus del papiloma humano en muestras de pacientes con diagnósticos clínico o citológico recibidas en el Laboratorio de Genética Molecular del Instituto de oncología y Hematología - MPPS (Ministerio del Poder Popular para la Salud) Caracas, quienes evaluaron 70 muestras citológicas (hisopados) tomadas en el área genital. El 34,3% de las muestras (24/70) presentó diagnóstico citológico de coilocitosis o LIE BG, al comparar los datos con este estudio se encontraron 10 casos de coilocitos, la cual difieren con los resultados.

El grupo de edad que presenta infección por el VPH se observó en el grupo edades de 21 -25 años con (29 casos) siendo similar al trabajo realizado por Faria, B. et al. (1997), quien realizó estudio citológico para detectar cambios celulares causados por VPH en Pueblo Nuevo de Paraguaná, Estado Falcón, Venezuela, la cual, estudiaron 75 pacientes, reportaron que el grupo de edad que mas se repitió la frecuencia de VPH fue el grupo comprendido entre 21 -25 años (38 casos), estos autores afirman que la relación entre la edad y la aparición de la infección por VPH, es un factor de riesgo clave en el desarrollo de la infección por virus papiloma humano. Contreras, et al., (2008) quienes realizaron un estudio de la Infección por el Virus de papiloma Humano en la comunidad de Macapo, Estado Cojedes con participación voluntaria de 74 mujeres al ambulatorio rural tipo II de la Alcaldía del Municipio con servicio de Laboratorio Clínico. La prevalencia de VPH fue 30% que correspondieron a mujeres en rango de edad entre 45-54 años y 20% a las

pacientes menores de 25 años, al compararlo con este estudio no se encontró similitud.

En cuanto al número de compañeros sexuales los pacientes con infección por VPH las que tenían dos parejas sexuales con (35 casos), seguida con una pareja sexual (18 casos) al compararlos hubo similitud con los datos obtenidos por Rivera (2002), realizó un estudio de infección por VPH estudiando 70 adolescentes atendidas en consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico “Ramón González Coro” El Vedado, Ciudad de la Habana, Cuba, el número de parejas sexuales reportaron dos parejas sexuales (51 casos). Otros autores como Farias, B. et al. afirman que todas las pacientes con VPH presentaban una sola pareja, esto induce a pensar que sus compañeros tienen varias parejas sexuales.

CONCLUSION

Pacientes con signos sugestivos del Virus del Papiloma Humano en muestra cervico - vaginales fue de 70 casos.

Según la categorización general del Sistema Bethesda 2001, se observó que el mayor porcentaje de las muestras analizadas fueron satisfactorias.

Las muestras cervico – vaginales analizadas según el sistema de Bethesda 2001 se ubicaron en mayor porcentaje en la categoría negativas para la lesión intraepitelial o malignidad, seguido de muestras con células epiteliales anormales.

Las muestras reportadas en la categoría, células epiteliales anormales corresponden a LIE BG compatible con cambios citológicos de infección por VPH y ninguna con LIE AG.

Los elementos sugestivos de VPH que estuvo presente con mayor porcentaje fue el de ambos hallazgos (disqueratocitos y coilocitos), seguido de disqueratocitos y por último el coilocito.

El grupo de edades que predominó con infección por VPH corresponde a las edades de 21 – 25 años.

En relación al número de parejas sexuales las pacientes con infección por VPH resultaron las que tenían dos parejas.

RECOMENDACIONES

- La citología anual como medida única sigue siendo un plan de detección aceptable.
- Mantener una adecuada higiene personal.
- Realizar Colposcopia y biopsia, repetir la prueba de Papanicolaou en 3 a 8 meses pacientes que presentan células anormales correspondiente a LIE BG.
- No mantener relaciones prematuras
- Todas las mujeres deben realizarse la prueba de Papanicolaou aproximadamente tres años después de haber comenzado la relaciones sexuales (coito) siempre y cuando no presenten procesos inflamatorios, pero no más tarde de los 21 años edad.
- Reducir el número de parejas sexuales disminuirá el riesgo de contagiarse con VPH.
- Es importante mantener informados a la población del tema por folletos, trípticos, propagandas, campañas y charlas en las escuelas sobre la descripción del VPH, la relación entre el VPH y el cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Nasal, O., Reiner, M., Abarzúa, A., Liendo, R., Palma, C. 2003. Patología preinvasora del cervix. Rev Chil Obstet Ginecol. **68**(3): 189-196.
- 2.-. Rivera, R., Aguilera, J., Larraín, A. 2002. Epidemiología del virus papiloma humano (HPV). Rev Chil Obstet Ginecol. **67**(6): 501-506.
- 3.- González, L. 1993. Actualización sobre el diagnóstico y tratamiento de papiloma humano. Edit. Mad. Panamá cap. **23**: 217-246
- 4.- Acosta, H. 1999. Tratamiento de la infección del cuello uterino por el Virus Papiloma Humano, Hospital Vargas, Servicio de Ginecología, Caracas-Venezuela. (multígrafo). pp365
- 5.- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2000. Pisión de Sistemas Estadísticas. Caracas, Venezuela.
- 6.- Lobo, A. 1999. Correlación colposcópica, citológica e histológica en las infecciones cervicales por Virus del Papiloma Humano. Trabajo de ascenso. Depart Anatomía Patológica. UDO. Núcleo Sucre. Venezuela. (multígrafo) pp 44 .
- 7.- Coob, M. W., Maryland, B. 1999. Human Papillomavirus Infección. Am. J. Dermatol. **22.**, 547- 563.
- 8.- Meisels, A., Fortín, R. 1997. Condylomatous Lesions of the cervix. II cytologic, colposcopic and histopathologic study. Act. Cytol. 21:397-90.

9.- Salazar, H. 2000. Virus Papiloma Humano y Cáncer Genital. Med-chak-laboratories. Resumen adaptado de N.Y. Bartholoma. Genital Warts. CMNEEJ; Cap. 11:17-24.

10.- Valera, P., Rojas, R. 2003. Infección por Virus del Papiloma Humano persistente y neoplasia cervico-uterina. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [on line]. 68:371-375.

Disponible:http://www.scielo.cl/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S07177526200300050000nes&nrm=iso.ISSN 0717-7526. [Octubre, 2008].

11.- Catanho, C., Díquez, A. 1990. Virus de Papiloma Humano lo padece en su mayoría las jóvenes. Veneres.

Disponible: <http://www.venezuelainnovadora.gov.ve/noticias2003/notisep20.html>. [Octubre, 2008].

12.- Paz, M., Martinez, F., Sanjosé, S., Valls, I., Lloveras, B., Bosh, X. et al. 1998. Detección del ADN del virus del papiloma humano por PCR en mujeres de alto riesgo. Validación de un protocolo. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. 16(9): 400-403.

13.- Broohw,D., Fife, K. 1992. Infecciones por el Virus del Papiloma Humano en vías genitales. Clin.Med. N.A. 6(2): 1519- 1543.

14.- Oviedo, G., Arpaia, A. 2004. Factores de riesgo en mujeres con infección del Virus Papiloma Humano. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [on line]. 69:343-346.

Disponible:

http://www.scielo.cl/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S071775262004000500002&Ing=es&nrm=iso.ISSN 0717-7526. [Octubre,2008].

15. – Solomon, D., Davei, D., Kurman, R., Moriart, A., Connor, D., Prey, M. y col. 2002. The Besthesda System for Reporting Cervical Cytologic. Rev. Jama **287** 16:2114-2119.

16.- Kahn, J., Rosenthal, S., Succop, P.F., Ho, G., Burk, R. 2002. Mediators of the Association Between Age of First sexual Intercourse and Subsequent Human Papillomavirus. Infec. Pediat. [Serie en línea], 109 (1):173-181. Disponible:<http://home.mdconsul.com/das/journal/view32812001-2/N/12237300?ja=290974&PAGE=1.html&ANCHOR=top&source=MI>. [Noviembre,2008].

17.- Brentjens, M., Yenung-Yue, K., Lee, P., Tying, S. 2002. Human Papillomavirus: a review. Dermatol Clinics. [Serie en línea], 20 (2):149-159. Disponible:<http://home.mdconsul.com/das/journal/view36445852-2/N/12596951?ja=288840&PAGE=1.html&sid=258173805&source=MI>. [Noviembre,2008].

18.- Gunter, J. 2003. Genital and perianal warts: new treatment opportunities for human papillomavirus infection. Am J Obstet Gynecol. [Serie en línea], 189 (1):340-342. Disponible:<http://home.mdconsul.com/das/journal/view/2/N/14102365?ja=383832&PAGE=1.html&ANCHOR=top&source=MI>. [Noviembre,2008].

19.- Contreras, L.; Correnti, M.; Avila, M 2008. La Infección por el Virus de papiloma Humano: un problema de salud pública en Venezuela. VITAE Académica Biomédica Digital 2002; 13. Disponible en [http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeTrece/Articulos/Infectologia\(HTML](http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeTrece/Articulos/Infectologia(HTML)

- 20.- De Giuglielmo, Z, Aviula, M., Correnti, M.2008. Evaluación, mediante RCP, de la infección por el virus de papiloma humano en muestras de pacientes con diagnóstico clínico o citológico. *Rev. Obstet Ginecol* **68** 4: 135-140
- 21.- Martinez, A. 1999. Frecuencia de infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Ciudad Bolívar – Estado Bolívar. Tesis de Grado. Dpto. de Bioanálisis. Esc. Med. Bolívar. UDO. (Multigrafo) pp 36.
- 22.- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2006. Preparación de la introducción de las vacunas contra el Virus del papiloma Humano. Orientaciones normativas y programáticas para los países. Montreux, Suiza.
- 23.- Parkin, B., Bray F,.2006. The burden of HPV – related cancers. *Vaccine* **3**: 12-25.
- 24.- Denny, L.,Quinn, M. 2006. Screenig for cervical cancer in developing countries. *Vaccines*.**3**: 63-70.
- 25.- Kitchener, H., Castle, P.2006. Achievements and limitations of cervical cytoly sceening. *Vaccine*. **3**: 63-70.
- 26.- Hernandez, S.1999.Metodología de la investigación. 2da Edit. Mc Graw Gill-Mexico pp 204-242.
- 27.- Park, I., Lee, S., Park, K., Kim, J., Lee, H. 2001. Comparing the Accuracy of thin Prep Pap Test and conventional Papanicolaou Smears on the basis of the Histology Diagnosis. *Acta Cytol*. 45(4): 526-531.

28.- Farias, B.; Montagna, G.; Romero, J.; Sandoval, N. 1997. Prevalencia del VPH en mujeres sexualmente activas en la población de Pueblo Nuevo de Paraguaná, Municipio Falcón, Estado Falcón, Venezuela. Disponible: <http://www.unefm.edu.ve/revista/vph.html>.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/5

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	GINECOLOGÍA

Resumen (abstract):

La infección genital por Virus del Papiloma Humano (VPH) es considerada la infección de transmisión más frecuente y el factor etiológico más importante para el cáncer de cuello uterino. El presente estudio se realizó para determinar los cambios citomorfológicos del Virus del Papiloma Humano (VPH) que se realizó mediante la observación y análisis microscópico de las muestras cervicales recolectadas a mujeres que asistieron a la consulta ginecológica de la Policlínica Santa Ana en Ciudad Bolívar durante el período Octubre 2008 – Febrero 2009. Este estudio es de campo, descriptivo, transversal se examinaron 242 muestras citológicas, estas fueron coloreadas por la técnica Papanicolaou y como método de informe de diagnóstico citológico cervico-vaginales el sistema Bethesda 2001. Los resultados para la infección con signos sugestivos por el (VPH) fue de 28,93% (70 casos) del total de muestras analizadas. La calidad de las muestras analizadas según el Sistema Bethesda 2001, fueron satisfactorias para la evaluación el 53,72% (130 casos). En cuanto a los signos patognomónicos de infección por (VPH) los elementos citológicos más comunes fueron el de ambos hallazgos (disqueratocitos-coilocitos) con 15,7% (38 casos). Con respecto al grupo de edad el mayor porcentaje correspondió al grupo etario de 21-25 años de edad, 41,43% (29 casos) y el 50% (35 casos) de las pacientes con infección por VPH tuvo dos parejas sexuales.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/5

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Lic. UZCATEGUI, LUZ MARINA	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	9.477.749
	e-mail	uzcaluzma@hotmail.com
	e-mail	
Licdo. GUZMAN GERMAN	ROL	C <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	12.192.455
	e-mail	2gcuatro@hotmail.com
	e-mail	
Dr. SOTILLO CARLOS	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	8.858.170
	e-mail	No posee Correo Electronico
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año Mes Día

2009	06	29
------	----	----

Lenguaje SPA

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/5

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
TESIS.CAMBIOS CITOMORFOLOGICOS (VPH)	Application//ms.word

Alcance:

Espacial : ___Policlinica Santa Ana Cd Bolivar Edo Bolivar___

Temporal: _____ **10 Años** _____

Título o Grado asociado con el trabajo:

LICENCIATURA EN BIOANÁLISIS

Área de Estudio:

DEPARTAMENTO DE BIOANÁLISIS

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

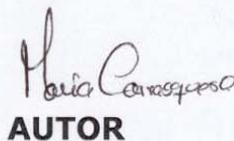
UNIVERSIDAD DE ORIENTE NÚCLEO BOLÍVAR

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

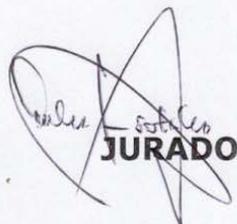
De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado "Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario.

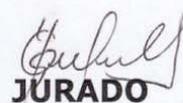

AUTOR


AUTOR

AUTOR

TUTOR


JURADO


JURADO

POR LA SUBCOMISION DE TESIS