



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL DE RIO BLANCO S.S.**

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO
DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL
DE RIO BLANCO**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Dra. Maria Gloria Rivas Hernández

ASESORES:

*Dr. Emigdio Báez Lozano
Dra. Patricia Espíndola Cisneros*





SESVER - SSA
HOSPITAL REGIONAL
DE RIO BLANCO

HOSPITAL REGIONAL DE RIO BLANCO

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

PREVIA REVISIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DEL VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE RIO
BLANCO**

CUYO AUTOR ES: **DRA. MARIA GLORIA RIVAS HERNANDEZ**

ASESOR: **DR. EMIGDIO BAEZ LOZANO Y DRA. ELVA
PATRICIA ESPINDOLA CISNEROS**

SE CONSIDERA ADECUADO PARA SU IMPRESIÓN Y PRESENTACIÓN FINAL
COMO TESIS RECEPCIONAL



DR. ALEJANDRO PIMENTEL DOMÍNGUEZ
VO. BO. JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



DRA. YOLANDA JARAMILLO COSME.
VO. BO. DIRECTOR DEL HOSPITAL



CONCLUSIÓN DE TESIS

Los doctores, Emigdio Báez Lozano y Elvia Patricia Espindola Cisneros, Médicos adscritos al servicio de Clínica de Displasias del Hospital Regional de Río Blanco, hace constar que habiendo revisado, el trabajo de investigación de la Dra. Maria Gloria Rivas Hernández; que lleva por titulo.

Prevalencia y factores de riesgo del Virus del Papiloma Humano, en adolescentes del Hospital Regional de Río blanco.

Se considera que a concluido satisfactoriamente, y puede ser presentado como tesis recepcional.

Vo.Bo.

Dr. Emigdio Báez Lozano
(Asesor de tesis).

Vo.Bo.

Dra. Elvia Patricia Espindola Cisneros
(Asesor de tesis).

Vo.Bo.

Dr. Noel Salgado Alcocer.
(profesor titular del Curso de Postgrado de Ginecología y Obstetricia)



AGRADECIMIENTOS.

A mi Esposo:

Por su paciencia, tolerancia, amor y apoyo durante estos años de esfuerzo y de lucha.

A Luisa Andrea:

Que con su sonrisa me iluminó mi vida y con su paciencia me cumplió mi sueño.

A mis padres:

Que con su esfuerzo incansable, tolerancia, amor y apoyo en todo momento, no solo han sido mis padres sino también para nuestra hija, y solo puedo darles mi infinita gratitud y admiración eterna porque son un ejemplo a seguir. **GRACIAS.**

A Dios:

Por permitirme la vida y darme las lecciones que necesitaba, para poder ser mejor cada día como persona y como médico.

A mis Maestros:

Por enseñarme lo emocionante en la Ginecología y el secreto de la vida en la Obstetricia.

INDICE

DISEÑO DE INVESTIGACION

• Antecedentes	1
● Planteamiento del problema	8
• Justificación	8
• Objetivos	8
• Definición de la población en estudio	9
• Criterios de inclusión	9
• Criterios de exclusión	9
• Ubicación del espacio temporal	10
• Tipo de estudio	10
• Tipo de muestra	10
• Variables	10
• Especificación de variables y escalas de medición	11
• Proceso de captación de la información	12
• Análisis e interpretación de la información	13
• Recursos	13
• Etica	13
• Logística	14
• Resultados y análisis estadísticos	15
• Conclusiones	31
• Discusión	33
• Bibliografía	34

ANTECEDENTES:

Apartir de 1997 la Asociación Médica Americana, designó a la medicina del adolescente como una especialidad y hasta el momento se siguen sumando esfuerzos, para tener un área médica de investigación y de conocimientos sobre esta etapa tan importante en la vida, y que va de la mano con cualquier especialidad en medicina pudiendo ver al adolescente como un ente diferente interactuando con su medio ambiente y sobre todo en el campos de la sexología.

La adolescencia según la literatura anglosajona fluctúa entre las edades de 13 y 19 años, y de acuerdo a la ley mexicana nos indica, que es entre los 12 y 17 años de edad, aunque es factible de cambios y es aceptada en 1998, hasta los 19 años de edad, dependiendo de los cambios físicos y psicosociales.

Siendo la adolescencia por definición una etapa de transición entre la niñez y la adultez, periodo de cambios físicos y psicosociales intensos que empiezan y terminan en la segunda década de la vida, periodo en el cual inician la aparición de caracteres sexuales secundarios y termina con en cese del crecimiento somático y que además incluye un proceso psicosocial que puede iniciarse antes de la pubertad y finalizar después de que termina el crecimiento.

No es sinónimo de pubertad ya que esta queda comprendida en el lapso de la adolescencia.

Esta etapa de la vida implica cambios físicos y psicosociales de tal manera que el cuidado de la salud para un adolescente exige al medico el conocimiento de la relación estrecha de estos factores para que pueda establecer la debida intervención medica, educativa, social y psicológica que mejor encuentre el carácter del individuo.

Para facilitar su comprensión psicosocial se le divide en tres fases marcadas por la edad.

- Adolescencia temprana, entre los 12 y 14 años.
- Adolescencia intermedia, entre 15 y 17 años.
- Adolescencia tardía, entre los 18 y 20 años.

En estas fases a su vez, se desarrollan 4 tareas:

- Independencia de los padres.
 - Formación de grupos.
 - Imagen corporal y aceptación propia.
 - Adquisición de identidad, ego sexual y moral.
1. *Adolescencia temprana*: menor interés en las actividades con los padres, preocupación por sí mismos y por los cambios puberales, importante relación con amigos del mismo sexo, aumenta el conocimiento, la fantasía del mundo, se presenta metas vocacionales idealistas, aumenta la necesidad de privacidad y una falta de control de impulsos.
 2. *Adolescencia intermedia*: máximo conflicto con los padres, aceptación de su cuerpo y cuidado especial por el mismo, máxima formación de grupos, aumento en la actividad y experimentación sexual con aumento del alcance de los sentimientos, hay aumento de la habilidad intelectual, hay pensamientos con omnipotencia. Conducta muy riesgosa.
 3. *Adolescencia tardía*: Aceptación de consejos de los padres. aceptan los cambios puberales, la formación de grupos es menos importante emplean tiempo en intimar relaciones, hay una meta vocacional mas fija, realista, hay reconocimiento de valores morales religiosos y sexuales, habilidad en los compromisos y para establecer sus límites.

En adolescentes, sexualmente se debe investigar, el comportamiento sexual, número de parejas sexuales, antecedentes de infección o síntomas de los mismos, medidas anticonceptivas, experiencia homosexual, embarazo, aborto, conocimiento del SIDA y enfermedades de transmisión sexual, así como aprovechar la entrevista para brindar mayor información sobre riesgos infecciosos a que están sometidos.

Cuando los adolescentes por sí mismos refieren el uso del alcohol y otras drogas, o bien se refiere por los padres o familiares, el cuidado de la salud, se enfocara a determinar las consecuencias orgánicas o psicosociales para brindar la ayuda que se requiera. Esto dependerá del tipo de droga, frecuencia, dónde, con quién y por qué se usan estas, ya que de esto dependerá en mucho las medidas de tratamiento y pronóstico.

El papel de las infecciones como causa del cáncer está claramente establecido. Se considera que cerca de 1.2 millones de casos de cáncer, tienen algún nexo con la infección ya sea por algún tipo de virus, bacterias o parásitos que contribuyen al desarrollo de diferentes neoplásicas malignas. Pese a que algunas infecciones puedan incrementar el riesgo de desarrollar una tumoración, la mayoría de las personas no lo presentan, por lo que indica que tales microorganismos son necesarios pero no suficientes para la generación de un tumor y que se requiere la interacción con otros cofactores carcinogénicos.

Tal es el caso del virus del papiloma humano (VPH), fué descrito por Buschke, desde 1925, en donde se describe un tumor genital verrugoso, bien diferenciado histológicamente, que se transforma en tumor maligno, pero no fue hasta 1976, cuando Zur Hausen, planteo la hipótesis de que el virus del papiloma humano era un agente sexualmente transmitido, responsable, de la transformación neoplásica en el cuello uterino.

Posteriormente esta hipótesis a sido validada, tanto por estudios epidemiológicos como por la evidencia molecular de que el ADN del virus del papiloma humano está integrado en las células neoplásicas en más del 90%, de los carcinomas cervicales, con lo que se puede asegurar, sin lugar a dudas, el papel causal que el virus del papiloma humano tiene en el desarrollo del cáncer genital.

En 1985, Kreider y cols., demostraron plenamente la capacidad transformadora del virus del subtipo 11, al lograr reproducir los cambios condilomatosos presentes en un fragmento de cerviz normal sembrado debajo de la cápsula renal de un ratón atímico, junto con un fragmento de tejido con lesión condilomatosa producida por este subtipo; adicionalmente se presentaron cambios de displasia en el tejido normal. Estos hallazgos demostraron una asociación significativa y causal de ciertos subtipos de virus del tipo del papiloma humano y el cáncer cervical.

Por otro lado, el papel oncogénico de este grupo de virus no sólo se limita a la neoplasia del cuello uterino, sino que se señala que en 10% de las neoplasias humanas investigadas, el virus del papiloma humano está relacionado con la aparición de tumores.

No obstante para que la transformación de una simple lesión a una metaplasia y posteriormente a una displasia y esta a su vez a un cáncer invasor es de aproximadamente de 10 a 15 años, este lapso como se menciona corresponde al tiempos transcurrido entre el inicio de los cambios epiteliales y de el desarrollo de cáncer invasor, no obstante debe señalarse que la afección de esta afección podría revertirse si las anomalías se identifican en un momento temprano.

cuando la lesión es exuberante. la capa superficial se queratiniza. pudiéndose identificar disqueratosis. así como numerosas capas de queratina.

Las infecciones por VPH son causadas por varios tipos de virus, genéticamente diferentes. conociéndose de estos aproximadamente 80 tipos. detectados a nivel de cerviz los tipos 6, 11, 18, 30, 31, 33, 35, 39, 40, 43, 45, 51, 53, 56, 58, 61, 62 y 16. de los cuales el 16, 18, 31, 33, 35, 45 y 56 son considerados de alto riesgo oncogénico.

El tiempo aproximado entre la presencia de coilocitos (lesiones benignas ocasionadas por el virus del papiloma humano) , hacia lesiones premalignas y posteriormente a cáncer genital es de aproximadamente 10 años. Durante este tiempo de transición hay una serie de fenómenos a los que se les ha denominado displasia cervical. en donde ocurren cambios morfológicos celulares que incluyen. núcleo hiper cromático. aumento de la relación núcleo citoplasma y mayor índice mitótico.

Por definición los grados de displasia observada en las lesiones preinvasoras se limitan al epitelio escamoso. sin rebasar la membrana basal

Los gradación de la displasia en leve. moderada y severa o grave. depende morfológicamente de la presencia de estos cambios en el tercio inferior. tercio medio o bien en el espesor completo del epitelio pavimentoso. tanto la displasia grave como el cáncer in situ implican el reemplazo total del espesor del epitelio con células indiferenciadas.

Richard introdujo en 1970 en término neoplasia intraepitelial cervical (NIC). con el fin de estadificar las lesiones displásicas. La NIC-I equivale a una displasia leve. la NIC-II a la displasia moderada. y la NIC III a la forma grave o al carcinoma in situ.

El sistema Bethesda, propuesto en 1988, modificó la terminología usada para describir los cambios histopatológicos y histopatológicos de las lesiones preinvasoras del cerviz, en un intento por lograr una mejor correlación con el pronóstico y el tratamiento. Este sistema se emplea ampliamente en la actualidad e incluye. además las alteraciones citológicas secundarias a la infección por el virus del papiloma humano. La neoplasia queda entonces dividida en: *Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado:* en donde incluye los cambios celulares relacionados con la infección por VPH y displasia leve (NIC-I). *Lesión intraepitelial escamosa de alto grado:* incluyen las displasias moderadas (NIC-II) y grave (carcinoma in situ o NIC-III). y *células escamosa atípicas de significado indeterminado:* incluyen las células que no son claramente displásicas y los cambios inflamatorios como reacción a procesos infecciosos concomitantes. Aproximadamente el 1.5 a 5% de las citologías se incluyen en esta denominación. El estudio histopatológico ha mostrado que el 25 al 50% desarrolla displasia cervical y la mitad lesiones de alto grado.

En cuanto a su cuadro clínico este puede no llegar a manifestarse inmediatamente, sino que tiene un período de latencia que puede estar mediado por multitud de factores, tanto del propio virus como del huésped, y puede ser de semanas y meses, al cabo de los cuales las lesiones se presentaran bajo tres modalidades: *infección clínica, subclínica e infección latente*.

La infección clínica produce síntomas y puede verse a simple vista en forma de lesiones verrugosas, condilomatosas.

La infección subclínica: se hace evidente utilizando solamente algún procedimiento como el colposcopio o microscopio; en cambio *la infección latente* solo se puede identificar por medio de investigaciones virológicas, ya que no hay cambios ni macro ni microscópicamente en el epitelio escamoso infectado.

Las presentaciones clínicas dependen de numerosos factores asociados: el tipo de genoma viral infectante, la edad del paciente, así como las circunstancias propias del huésped, como son el estado de nutrición e infecciones asociadas y fundamentalmente el estado inmunológico.

En la infección clínica pueden presentarse dos tipos de lesiones: una caracterizada por lesiones exófiticas exuberantes sin evidencia de transformación maligna y la otra, en forma de lesiones aplanadas frecuentemente asociadas a cambios neoplásicos.

Las características biológicas aunadas a su potencial oncogénico divide a los pacientes infectados fundamentalmente en dos grupos: el grupo de pacientes infectados con subtipos 6 y 11, que tiene poca o nula capacidad oncogénica, son responsables de infecciones productivas con proliferaciones hiperplásicas del epitelio y de los vasos capilares subyacentes, lo que le confiere el aspecto morfológico de condiloma acuminado.

Además estas lesiones pueden evolucionar hasta la desaparición para reaparecer cuando las condiciones del huésped así lo permitan.

En cuanto al otro grupo de pacientes en donde los subtipos infectantes son principalmente 16 y 18, las lesiones que se producen son de mayor envergadura: en ADN viral se encuentra integrado al ADN de la célula huésped a la que transforma, por lo que la células puede presentar cambios neoplásicos y la lesión microscópica puede ser en estas circunstancias aplanada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la prevalencia y factores de riesgo del VPH en adolescentes en el Hospital Regional de Río Blanco.?

JUSTIFICACIÓN:

Debido a que la infección por VPH. se asocia a una gamma muy amplia de enfermedades, siendo desconocida su prevalencia, pero si, representa con mucho una de las enfermedades de transmisión sexual mas común; esto es importante por su trascendencia ya que aumenta el índice de alteraciones celulares a nivel cervical, que van desde una displasia leve hasta un cáncer cervicouterino invasor, o bien permanecer latente, pudiendo lo anterior ser modificado por una detección oportuna y por ende el diagnostico y tratamiento en su momento, así mismo prevenir la aparición de dicha patología y/o sus recurrencias; sobre todo en adolescentes de los 13 a 20 años de edad, que es un grupo de los más expuestos a esta infección, permitiéndonos identificar mejor los factores de riesgo desencadenantes.

OBJETIVOS:***OBJETIVO GENERAL:***

Conocer la prevalencia del virus del papiloma humano y factores de riesgo en adolescentes que acuden al hospital regional de río blanco en el periodo de 2000-2003.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar los factores de riesgo en la población en estudio.

UBICACIÓN DEL ESPACIO TEMPORAL:

Pacientes adolescentes que acudieron a clínica de displasia en el periodo comprendido de Enero 2000 Diciembre 2003.

TIPO DE ESTUDIO:

Retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo.

TIPO DE MUESTRA:

Se incluirán el 100% de los casos en el periodo de estudio.

VARIABLES:

1. Edad de la paciente.
2. Ocupación de la paciente.
3. Ocupación de la pareja actual.
4. Religión.
5. Estado civil.
6. Status socioeconómico.
7. Antecedentes ginecoobstetricos.;
 - a.- Inicio de vida sexual activa (IVSA).
 - b.- Numero de parejas sexuales.
 - c.- Gestas, partos, cesáreas, abortos.
 - d.- Método de planificación familiar.
 - e.- Detección oportuna de cáncer.(DOC).
 - f.- Antecedente de infecciones de transmisión sexual.
8. Toxicomanías.
9. Presencia de VPH actualmente.
10. Lugar de residencia.

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

VARIABLE	DEFINICIÓN.	ESCALA DE MEDICIÓN.
Edad.	Característica cronológica.	Años.
Ocupación de la paciente.	Actividad o condición laboral.	Ama de casa, profesionista, estudiante.
Ocupación de la pareja actual.	Actividad o condición laboral.	Empleado, campesino, profesionista.
Religión.	Creencias religiosas.	Católica, Testigo de Jehová, Cristiano, otras.
Estado civil.	Estado civil de la paciente.	Soltera. Casada. Unión libre. Madre soltera.
Status socioeconómico.	Condición económica de la paciente.	Alto, medio, bajo.
Antecedentes ginecoobstétricos.	Antecedentes propios de la mujer en edad reproductiva.	Gesta, para. Abortos, MPF*, DOC**, IVSA***. No. de parejas sexuales, antecedentes de transmisión sexual.
Toxicomanías.	Adicciones a drogas o alcohol.	Tabaquismo. alcoholismo. fármaco-dependencia. Drogadicción.
Virus del Papiloma Humano.	Presencia del VPH en el momento de su exploración.	Negativo. Positivo.
Lugar de residencia..	Area geografica	Medio urbano. Rural.

*MPF Metodo de planificación familiar.

**DOC Detección oportuna de cáncer

***IVSA. Inicio de vida sexual activa

PROCESO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**HOJA DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Expediente. _____ . Edad. _____

Ocupación de la paciente: Profesionista () Ama de casa. () Estudiante. ()

Ocupación de la pareja: Profesionista () Empleado () Campesino () Estudiante ()

Religión: Católica. () Testigo de Jehová. () Cristiana. () Otras. ()

Estado civil: Soltera. () Casada () Unión libre () Divorciada ()

Status socioeconómico: Alto. () Medio. () Bajo. ()

Antecedentes ginecoobstetricos: Gesta () Para () Abortos () Cesárea () IVSA. ()

No. parejas sexuales. () DOC. Si () No ()

Antecedentes de infecc. de transmisión sexual. Neg. () Pos. ()

Método de planificación familiar. DIU. () H.O () H.I. ()

Preservativo. () Ninguno ()

Toxicomanías.: Tabaquismo. () Alcoholismo. () Drogadicción. ()

Ninguna. ()

Presencia de VPH.: Negativo () Positivo ()

Lugar de residencia.: Rural () Urbano ()

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se analizarán tablas de frecuencia, y porcentajes de las diferentes variables estudiadas, los resultados se analizarán y compararán con diferentes resultados obtenidos en diferentes centros hospitalarios.

RECURSOS.

- A) Humanos: Únicamente el investigador.

- B) Materiales: Para su realización básicamente los constituye el análisis y revisión de los expedientes clínicos de los pacientes revisados durante el estudio.

- C) Económicos: el material empleado correrá únicamente por cuenta del investigador.

ETICA.

No procede ya que únicamente se revisaran expedientes y no pacientes.

LOGÍSTICA.

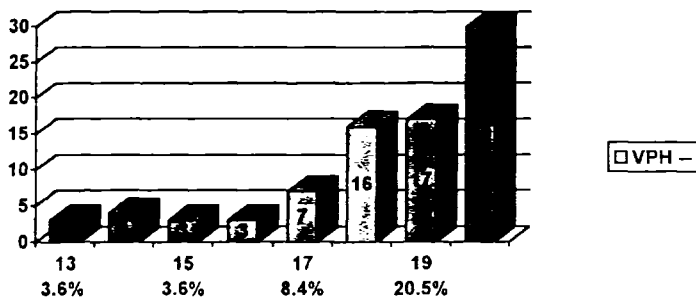
Entrega para autorización e impresión								
Elaboración de tesis.							■	
Presentación de resultados para su aprobación.						■		
Análisis e interpretación.								
Recolección de información.				■				
Aceptación de protocolo.			■					
Elaboración de protocolo.		■						
Revisión bibliográfica.	■							
Fecha.	Julio Agosto 2000	Marzo Abril. 2001	Agosto Septiembre 2001	Mayo 2002	Junio Julio 2002	Abril Mayo 2003	Febrero 2004.	Febrero 2004

CUADRO III-A. DISTRIBUCIÓN ETAREA DE PACIENTES ADOLESCENTES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO NEGATIVO.

Distribución por grupo de edad de pacientes adolescentes, con ausencia del Virus del Papiloma Humano, en Clínica de Displasias del Hospital Regional de Río Blanco, en el periodo comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2003, de un total de 128 pacientes

Grupo de edad (años).	Pacientes con VPH negativo.	Porcentaje.
13 años.	3	3.6%
14 años	4	4.8%
15 años	3	3.6%
16 años	3	3.6%
17 años	7	8.4%
18 años	16	19.3%
19 años	17	20.5%
20 años	30	36.2%
Total.	83	100 %

*Se encuentra que acuden a Clínica de Displasias, del Hospital Regional de Río Blanco mayor número de pacientes de 20 años de edad con un porcentaje de 36.2% (30 pacientes), seguidas de las pacientes de 19 años con 20.5% (17 pacientes), y así en orden decreciente al igual que la edad, en el periodo comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2003

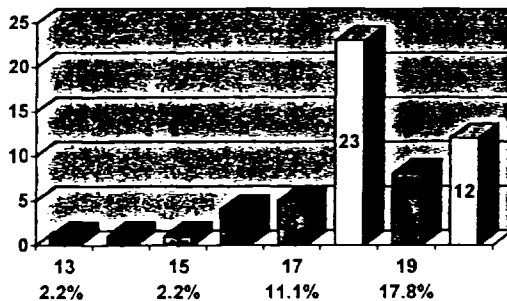


CUADRO III-B. DISTRIBUCIÓN ETAREA DE PACIENTES ADOLESCENTES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POSITIVO.

Distribución de pacientes por grupo de edad con presencia de Virus del Papiloma Humano, en Clínica de Displasia del Hospital Regional de Río Blanco de Enero del 2000 a diciembre del 2003

Grupo de edad (años)	Pacientes con VPH positivo.	Porcentaje.
13	1	2.2%
14	1	2.2%
15	1	2.2%
16	4	8.9%
17	5	11.1%
18	13	28.9%
19	8	17.8%
20	12	26.7%
Total	45	100 %

*Se observa que el predominio de edad en pacientes adolescentes, con Virus del Papiloma Humano es de 18 años con 28.9% (13 pacientes), seguida de 20 años de edad con 26.7% (12 pacientes)

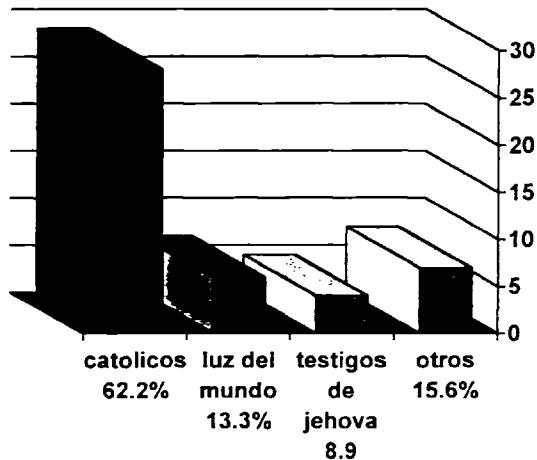


CUADRO IV. CREENCIAS RELIGIOSAS DE LAS PACIENTES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Distribución de las pacientes con Virus del Papiloma Humano de acuerdo a creencias religiosas, de las pacientes que acuden a Clínica de Displasias, al Hospital Regional de Río Blanco, en el periodo de Enero del 2000 a Diciembre del 2003

Religión.	No. de pacientes.	Porcentaje.
Católico	28	62.2%
Testigo de Jehová.	4	8.9%
Luz del Mundo	6	13.3%
Otros *	7	15.6%
Total.	45	100

- * Otros: pacientes con creencias religiosas como es la evangélica (4 pacientes), y cristiana (3 pacientes).



*Se observa que la prevalencia en cuanto a creencias religiosas, es de Católicos 28 (62.2%), seguida de Luz del Mundo con 6 (13.3%), testigos de Jehová con 4 (8.9%) y Otros con 15.6%.

CUADRO V. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO QUE SE REALIZARON DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER.

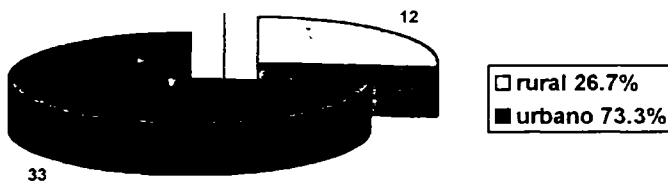
Antecedentes en cuanto a Detección Oportuna de Cáncer (DOC).



*Se encuentra dentro de las pacientes adolescentes que acuden a Clínica de Displasias en el Hospital Regional de Río Blanco, del total de 128 pacientes, encontrándose 83 sanas de las cuales 13 no se realizaron Papanicolau, realizándose el mismo 70 pacientes. De las pacientes con Virus del Papiloma Humano se encuentra que 23 pacientes de las 45 pacientes con Virus del Papiloma Humano previamente se habían realizado Papanicolau, y 22 pacientes nunca se habían realizado el mismo. Lo que resalta es que las pacientes que no se realizaron DOC se encuentran 5 veces más expuestas, no solo a tener este virus sino cualquier otra infección o patología.

CUADRO VI. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ACUERDO A SU LUGAR DE RESIDENCIA.

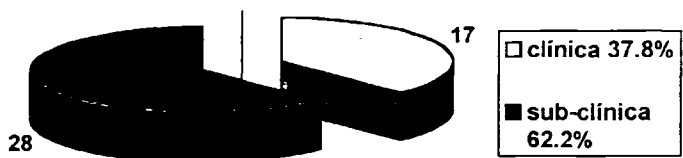
Lugar de residencia.



*Aquí la razón de probabilidad de las pacientes que viven en medio urbano es 4.8 veces mayor, que las que viven en medio rural. De las 83 pacientes sin presencia del Virus del Papiloma Humano, 53 pacientes (63.9%) viven en medio Rural, y 30 pacientes (36.1%) viven en medio Urbano, caso contrario en pacientes con virus del papiloma humano positivo, en donde 33 pacientes (73.3%) radican en medio urbano, y solo 12 pacientes (26.7%) lo hacen en medio rural.

CUADRO VII. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO A LA FORMA CLÍNICA O SUBCLÍNICA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Antecedentes en cuanto a presencia clínica o subclínica del Virus del Papiloma Humano.



*Las pacientes adolescentes que acuden a Clínica de Displasia al Hospital Regional de Ruó Blanco, en el periodo de Enero del 2000 a Diciembre del 2003, 28 de las cuales acuden en etapa subclínica de la enfermedad (62.2%), y 17 pacientes acuden en etapa clínica de la misma (37.8%)

CUADRO VIII. OCUPACIÓN DE LA PACIENTE Y RIESGO DE CONTRAER VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Distribución de pacientes adolescentes con Virus del Papiloma Humano, por ocupación habitual, en pacientes de Clínica de Displasias del Hospital Regional de Río Blanco, en el periodo de Enero del 2000 a Diciembre del 2003.

Ocupación.	Ama de casa.	Empleada.	Estudiante.	Profesionista.	Total
VPH. negativo.	40	19	18	6	83
VPH. positivo.	33	3	7	2	45
Razón de probabilidad.	3	4	0.6	0.6	

*Se observa que las pacientes de ocupación Empleadas, se encuentran 4 veces más expuestas a contraer el Virus del Papiloma Humano, seguidas de pacientes con ocupación Ama de Casa, cuyo riesgo de probabilidad de contraer Virus del Papiloma Humano es de 3 veces

Pacientes con VPH positivo en relación a la ocupación.



Pacientes con VPH negativo en relación a la ocupación.



NOTA Existe un sesgo observacional, ya que la muestra no se estatificó en población abierta, ya que solo se contemplan las pacientes, que acudieron a solicitar atención a la Clínica de Displasias.

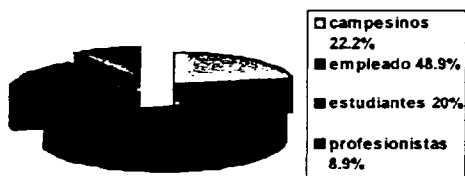
CUADRO IX. OCUPACIÓN DE LA PAREJA ACTUAL Y RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Distribución de pacientes de acuerdo a la ocupación de la pareja actual, de las pacientes adolescentes que acuden a Clínica de Displasias del Hospital Regional de Río Blanco

Ocupación de la pareja.	Campesino.	Empleado.	Estudiante.	Profesionista.
VPH negativo.	29	32	14	8
VPH positivo.	10	22	9	4
Total.	39	54	23	12
Razón de probabilidad.	0.5	1.5	1.2	0.9

*Se observó que en las pacientes cuya pareja actual, eran empleados tienen 1.5 mas probabilidades de contraer el Virus del Papiloma Humano, seguidos del grupo estudiantas con 1.2 posibilidades de contraer el mismo

Pacientes con VPH positivos en relación a la ocupación de la pareja.



Pacientes con VPH negativos en relación a ocupación de la pareja.



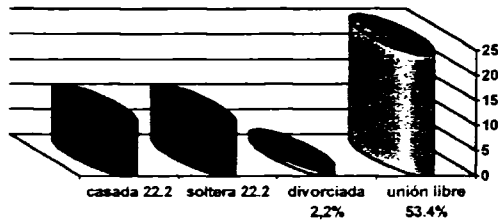
NOTA Existe un sesgo observacional, ya que la muestra no se estatifico en poblacion abierta, ya que solo se contemplan las pacientes, que acudieron a solicitar atención a la Clínica de Displasias.

CUADRO X. SITUACIÓN CIVIL Y RIESGO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

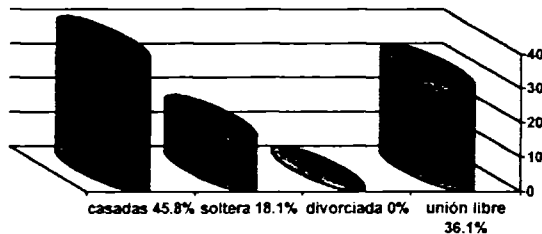
Distribución de pacientes adolescentes de acuerdo a su estado civil, de las pacientes que acuden a Clínica de Displasia en el Hospital Regional de Río Blanco, en el periodo de Enero del 2000 a Diciembre del 2003.

Estado civil.	Casada.	Soltera.	Unión libre.	Divorciada.
VPH negativo.	38	16	30	—
VPH positivo.	10	10	24	1
Total.	48	26	54	1
Razón de probabilidad.	0.3	1.3	2	0

Pacientes con VPH positivo en relación al estado civil de las pacientes.



Pacientes con VPH negativo en relación al estado civil de las pacientes.



*Se observa mayor predominio en pacientes cuyo estado civil es en Unión libre, con un Riesgo de Probabilidad de contraer el Virus del Papiloma Humano dos veces más que el resto de la población.

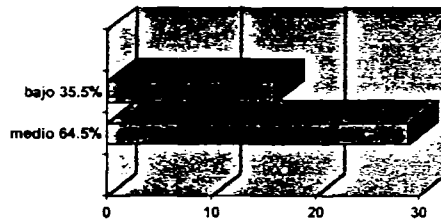
NOTA. Existe un sesgo observacional, ya que la muestra no se estatístico en población abierta, ya que solo se contemplan las pacientes, que acudieron a solicitar atención a la Clínica de Displasias

CUADRO XL. NIVEL SOCIOECONÓMICO Y RIESGO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

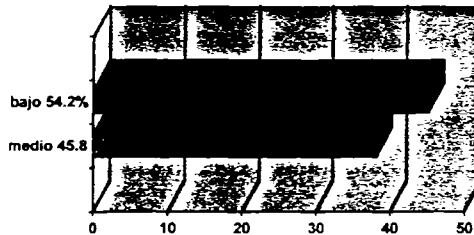
Distribución de pacientes adolescentes, de acuerdo a su Nivel Socioeconómico, en el Hospital Regional de Río Blanco, en el periodo de Enero del 2000 a Diciembre del 2003

Nivel socioeconómico.	Medio.	Bajo.
VPH negativo.	38	45
VPH positivo.	29	16
Total.	67	61
Razón de probabilidad.	2.2	0.5

Pacientes con VPH positivo en relación al nivel socioeconómico.



Pacientes con VPH negativo en relación al nivel socioeconómico.



*Se encuentra un mayor riesgo de probabilidad en dos veces más, en las pacientes con un Nivel Socioeconómico medio que las pacientes con Medio Socioeconómico bajo

NOTA Existe un sesgo observacional, ya que la muestra no es estadístico en población abierta, ya que solo se contemplan las pacientes, que acudieron a solicitar atención a la Clínica de Displasias. Por el tipo de población que acude al hospital, no se encuentra presente el nivel socioeconómico alto

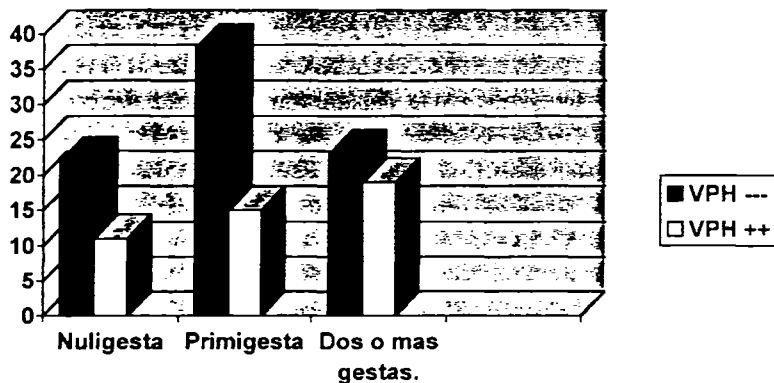
CUADRO XII. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES EN CUANTO AL NUMERO DE GESTACIONES.

Distribución de pacientes, en el Hospital Regional de Río Blanco, en relación a los antecedentes Ginecoobstétricos de las pacientes, en el periodo comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2003

Antecedentes en cuanto a gestación pacientes de Clínica de Displasias.

Gestación.	Nuligesta.	Primigesta.	Dos o mas gestas.
VPH negativo.	22	38	23
VPH positivo.	11	15	19
Total.	33	53	42
Razón de probabilidades.	0.9	0.6	2

*El riesgo de presencia de Virus del Papiloma Humano, aumenta dos veces en pacientes con dos o mas embarazos, sin existir probabilidad de infección por el mismo en pacientes nuligestas ni primigestas.

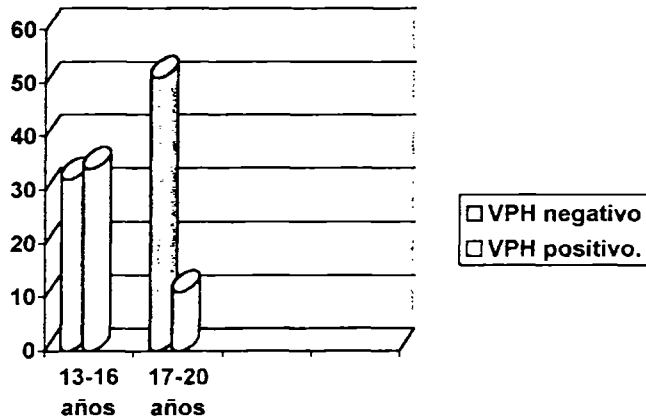


CUADRO XIII. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA Y VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Antecedentes en cuanto a inicio de vida sexual activa, con pacientes con VPH positivo.

Edad.	De 13 A 16 años.	De 17 A 20 años.
VPH. negativo	32	51
VPH positivo	34	11
Total	66	62
Razón de probabilidad.	4.9	0.2

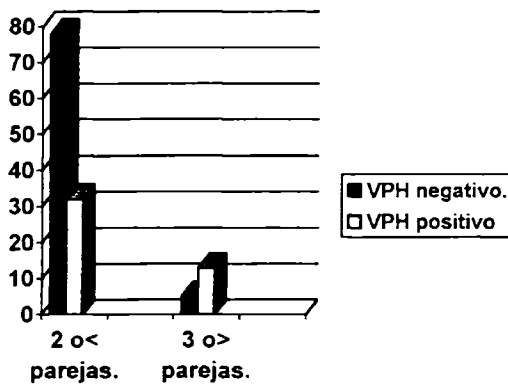
*Las pacientes que estuvieron más expuestas a contraer Virus del Papiloma Humano, fue en pacientes adolescentes menores de 16 años, en donde se presentó una razón de probabilidad de 4.9, para este grupo de pacientes



CUADRO XIV. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES Y VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Numero de parejas sexuales.	VPH negativo.	VPH positivo.	Total.
Dos o menos.	78	32	110
Tres o mas.	5	13	18
Razón de probabilidad.	0.2	6.3	

*Las pacientes con tres parejas sexuales o mas, están 6 veces mas expuestas de contraer el Virus del Papiloma Humano en comparacion con las de dos o menos parejas, con un riesgo de contraer el Virus del Papiloma Humano de 0.2.

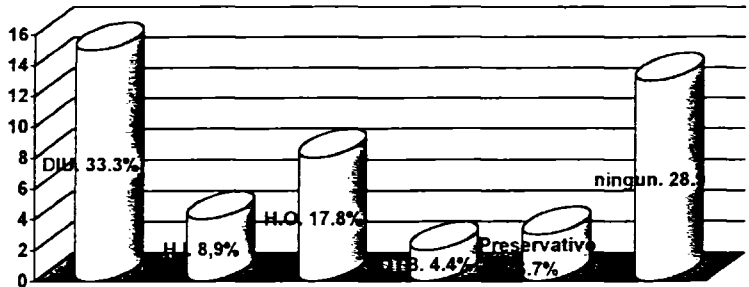


CUADRO XV. MÉTODO DE PLANIFICACIÓN Y RIESGO DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Antecedentes en cuanto al método de planificación familiar utilizado.

Método de planificación familiar.	Dispositivo intrauterino	Hormonales inyectables.	Hormonales orales.	Oclusión tubaria bilateral	Preservativo.	Ninguna.	Total.
VPH positivo.	15	4	8	2	3	13	45
VPH negativos	23	11	10	10	21	8	83
Razón de probabilidad.	1.3	0.6	1.6	0.3	0.2	3.8	

*Las pacientes que no utilizan ningún método de planificación familiar, tienen un riesgo de contraer el Virus del Papiloma Humano de 3.8, seguidos de los Hormonales Orales con 1.6 probabilidades y después el uso de Dispositivo Intrauterino con 1.3 posibilidades de contraer el Virus del Papiloma Humano



*Las estadísticas, marcan un riesgo mayor asociado al uso de Hormonales Orales, y un factor protector el uso del Preservativo, lo que se correlaciona con nuestra tabla; llama la atención, que las pacientes que no utilizaron ningún método estuvieron más expuestas a contraer la infección, lo cual puede ser debido al sesgo de población.

CONCLUSIONES.

La infección del virus del papiloma humano es la enfermedad de transmisión sexual vírica más común en la última década y en el Hospital Regional de Río Blanco no es la excepción, ya que su prevalencia en adolescentes que acuden a la clínica de displasias es muy frecuente, bien sea en su forma clínica o subclínica, demostrando así que el comportamiento sexual es muy importante.

Este estudio abarcó 128 pacientes adolescentes que acudieron a la clínica de displasias en el período comprendido de enero del 2000 a diciembre del 2003, cuyas edades oscilaron entre los 13 y 20 años; en donde se obtuvieron solo 45 pacientes con presencia del virus del papiloma humano, que fue nuestra muestra de estudio, ocupando pues el 35.2% en comparación con el 64.8% de pacientes libres de esta infección.

De estas 45 pacientes en estudio, la edad en donde se encontró mayor prevalencia del virus del papiloma humano fue a los 18 años equivalente a 13 pacientes con un porcentaje de del 28.9%, seguidas de pacientes de 20 años equivalente a 12 pacientes (26.7%), y de estas pacientes se encontró que su ocupación era empleada teniendo 4 veces más la probabilidad de contraer esta infección, seguidas de las amas de casa con un riesgo 3 veces mayor que el resto de las ocupaciones, en cuanto a la ocupación de la pareja sexual actual, se observó que los empleados tienen un riesgo de infección de 1.5 veces más con respecto a las demás ocupaciones, seguidas de los estudiantes en donde se encontró un riesgo de 1.2 de contraer esta infección.

En lo respectivo a las creencias religiosas, hay un predominio de católicas con un 62.2% (28 pacientes), de acuerdo a su estado civil hay una mayor prevalencia en aquellas pacientes que viven en unión libre; teniendo un riesgo de probabilidad 2 veces mayor que es resto de la población.

El nivel socioeconómico también jugó un papel importante, arrojando resultados en donde se muestra que el status socioeconómico de nivel medio esta dos veces más expuesto, que los de nivel socioeconómico bajo, llamando la atención la ausencia del nivel socioeconómico alto, probablemente por el tipo de pacientes que acuden a nuestra institución y sin duda alguna el antecedente de inicio de vida sexual a edades muy tempranas, es un factor de riesgo importante como lo muestra nuestro estudio en donde se observó que las pacientes menores de 16 años presentaban casi cinco veces mayor riesgo de contraer virus del papiloma humano.

El número de parejas sexuales va relacionado con el inicio de vida sexual temprana, en este rubro obtuvimos que las pacientes con mas de 3 parejas sexuales, estaban expuestas 6 veces más a contraer la infección.

La presencia de gestaciones también aumentó el riesgo de probabilidad de contraer esta infección como lo muestra nuestro estudio en donde las pacientes con dos gestaciones o más independientemente la forma de terminación de estas se encontraban con un riesgo de 2 veces mayor que las pacientes primigestas o nuligestas.

Se obtuvo además que las pacientes que no se realizan papanicolau, tienen un riesgo de tener la infección en 5 veces más que el resto de la población, pero no solo para el virus del papiloma humano sino para otras infecciones o patologías que se pueden detectar por medio de una detección oportuna, como es el caso de las neoplasias intraepiteliales o bien cáncer en cualquiera de sus estadios.

Así mismo en el método de planificación familiar, se observó que las pacientes que no utilizaban ningún método de planificación se encontraban 3.8 veces más expuestas seguidas por las pacientes que utilizaban los anticonceptivos orales en donde su riesgo de exposición era de 1.6 y por último el lugar de residencia también fue un factor predisponente en donde se mostró que las pacientes que habitan en medio urbano se encuentran más expuestas que las que viven en medio rural en relación 5/0.5.

Los resultados, en relación a enfermedades de transmisión sexual y toxicomanias, no fueron confiables por lo que no se reportaron. En relación al sesgo inherente al tipo de muestra, sería conveniente un estudio prospectivo que valide los hallazgos que encontramos.

Así pues podemos concluir lo siguiente: *las pacientes adolescentes están de manera significativa expuestas a este virus, teniendo como factores predisponentes, inicio de vida sexual a edades muy tempranas, múltiples parejas sexuales, así como más de dos gestaciones, dedicadas a labores domésticas o bien empleadas, con parejas cuya ocupación es empleado, aumentando más su prevalencia en aquellas parejas que viven en unión libre, con nivel socioeconómico medio, sin ningún método de planificación o bien con consumo de hormonales orales, siendo su lugar de residencia el medio urbano.*

BIBLIOGRAFIA.

1. **Nelson Compendio de Pediatría.** Behrman. Kliegman. Ed Interamericana. 1998.
2. **Introducción a la Pediatría.** Juan Games Eternod y Jaime I . Palacios Treviño. Ed. Talleres Méndez Editores. 1997.
3. **Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetricos.** Alan H. DeCherney y Lauren Nathan. Editorial Manual Moderno. 2003.
4. **Colposcopia Práctica: Compendio y Atlas.** Stefan Seidl. Editorial Masson. 2001.
5. **Manual de Oncología: Procedimientos medico-quirúrgicos.** Instituto Nacional de Cancerología. Ed. Mc. Graw Hill. 2002.
6. **Cáncer Cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control.** Alonso/ Lazcano/ Hernández. Ed. Panamericana. 2000.
7. **Nuevas Alternativas en el Tratamiento de papillomavirus.** Dr. Álvaro E. Conzuelo Q. Ed. Prado. 2002.
8. **Pac. GO-1. Programa de actualización continua en ginecología y obstetricia.** Federación Mexicana de ginecología y Obstetricia. 1997.
9. **Evaluación del Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de la infección del virus de papiloma humano.** Aristides Zamudio Andrade. Rev. Fac. Med., UNAM Vol. 44 No.1 enero-febrero del 2001.
10. **Lo que los clínicos deben saber acerca de las vacunas contra el virus del papiloma humano.** Academia Nacional de Medicina. A. C. Gaceta Médica de México. Vol. 139. No.2. Marzo-Abril del 2003.
11. **Genital human Papillomavirus Infection: Incidence y Risk Factors in a Cohort of Female.** University Students. American Journal of Epidemiology Vol. 157. No. 3. Agosto del 2002.
12. **Identification of Human Papillomavirus 16 in Uterine Cervix Smears-.** Sergio Andrés Tonon. Revista Latinoamericana de Microbiología. 2000 Vol. 42.
13. **Validity of Adolescent and Young Adult Self- Report of Papanicolaou Smear Results.** Jessica A. Kahn. Md. Obstetrics & Gynecology. Vol. 96 No. 4 Octubre del 2000.
14. **Epidemiological Aspects of Human Papillomavirus Infection y Cervical Cancer in Brazil.** Silvia M. B. Cavalcantini. Journal of infection 2000.
15. **DNA replicative functions of highly- expressed codon- optimized human papillomavirus protein E1 and E2.** Xin – min Wang. Journal of Virological Methods. No. 108. 2003.
16. **Mucosal Immunity of the Adolescent Female Genital Tract.** Lidia A. Srier. Journal of Adolescent Heath No. 32. 2003.