

Seguimiento de enfermería en el tratamiento de las verrugas genitales

Isabel Nogueras Flores, Cristina Martín Freile, Violeta Navarro Santos, Guadalupe Benítez Rayego, Olga Gómez Real, María Luisa Abraira Rodríguez.

Enfermeras consulta de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Correspondencia: inogueras@hotmail.com

Resumen

Los pacientes con infección por VPH son clientes cada vez más frecuentes en la consulta de Dermatología. Esto requiere en la actualidad un manejo conjunto por parte de la enfermera y dermatólogo. A continuación presentamos el protocolo que hemos diseñado en nuestra unidad para su seguimiento, y el papel tan importante que desempeña enfermería tanto en el tratamiento como en la educación sexual.

In the last years, patients infected with human papillomavirus (HPV) are more frequently seen in a Dermatologic clinic. In many occasions, they require to be managed not only by the dermatologist but also by the nurse. We herein present the protocol which has been designed in our Dermatology department to treat and follow-up patients with this infection, and we would like to state the important role of the nurse staff applying treatments and explaining safe sexual practices to the population.

Introducción

El VPH es un virus ADN perteneciente a los papilomavirus. Existen aproximadamente 30 genotipos capaces de infectar la región genital. Las verrugas genitales o condilomas acuminados son lesiones benignas verrucosas causados por el VPH, en concreto por los tipos virales de bajo riesgo VPH 6 y 11. Sin embargo alrededor de un 5% pueden contener virus oncogénicos.

La infección por VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente del mundo y puede ocurrir al inicio de la vida sexual activa¹. Una fracción considerable de estas infecciones suele ser subclínica. En un porcentaje no determinado en estudios recientes, la respuesta de la inmunidad humoral y celular da lugar a la desaparición de la enfermedad y se resuelven espontáneamente, sin manifestaciones ni secuelas clínicas y es indetectable al cabo de 1 a 2 años. Sólo en una pequeña proporción el fracaso de la respuesta inmunitaria provoca la aparición de la enfermedad, no consiguen resolver la infección y se convierten en portadores crónicos siendo fuente de infección para otros compañeros sexuales, en estos pacientes con el tiempo aumenta en ellos la probabilidad de desarrollar un cáncer, siendo el VPH una condición necesaria, pero no suficiente, para desarrollarlo. Este riesgo se limita a la infección mantenida de los genotipos de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68).

Se estima que un 75% de la población sexualmente activa ha tenido infección por el VPH, un 15% presenta infección activa y solo un 1% condilomas acuminados.

La infección por VPH presenta un periodo de incubación variable, en la mayoría de los casos la verruga aparecen a los 2-3 meses de la infección, y aproximadamente el 65% de sus

parejas se contagian en unos 2 a 8 meses². En una minoría de los casos existen pacientes con infección latente, que puede reactivarse después de muchos años³⁻⁴.

Clínica

El VPH es un virus epidermotropo con afinidad para infectar cualquier tipo de epitelio escamoso. Tras penetrar en los queratinocitos basales y tras un periodo de incubación que varía entre 6 semanas y 2 años, puede dar lugar a lesiones clínicas o subclínicas⁵.

Las verrugas genitales son proliferaciones epidérmicas (neoformaciones exofíticas), generalmente son múltiples, de color rosado o blanco-grisáceo en cuya superficie se aprecian proyecciones filiformes o papilomatosas. Habitualmente se localizan en la región anogenital y suelen ser asintomáticos, aunque a veces cursan con dolor o prurito^(fotos 1,2,3,4,5,6,7).

Su tamaño es variable desde 1 mm hasta los 10 cm de diámetro, en función de factores como la virulencia y características de la cepa de VPH, el deterioro mayor o menor del sistema inmunitario o el posible traumatismo continuado de la zona, entre otras⁴. Generalmente crecen rápidamente hasta llegar a adquirir dimensiones considerables y el típico "aspecto de coliflor"^(fotos 8, 9), aunque en ocasiones el tamaño de la lesión se estabiliza o decrece hasta desaparecer totalmente. En caso de inmunosuficiencia, las lesiones pueden ser aparatosas y, en algunos casos, la proliferación y transformación celular pueden dar lugar a lesiones malignas.

La forma de transmisión más habitual es la sexual. Se calcula que con un único contacto infectante, la posibilidad de contagio es de un 50% en varón y un 60%-70% en la mujer⁴. En los niños, las vías de contagio pueden ser varias:

- En recién nacidos durante el parto por el contacto con una madre infectada.
- Por autoinoculación de otras zonas, como las verrugas de las manos^(fotos 10, 11).
- Pero también puede estar en relación con abusos a menores, por lo que hay que valorarlo de manera cuidadosa.

Diagnóstico

El diagnóstico de las verrugas genitales es clínico, sólo se requiere confirmación histológica si:

- Existe duda diagnóstica de que la lesión que estamos tratando pudiese ser o no displásica, ya que requerirá un manejo y tratamiento diferente.
- En lesiones que no responden al tratamiento habitual.



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3.

- Lesiones que empeoren durante el tratamiento.
- Pacientes con compromiso inmunitario.
- Lesiones pigmentadas, induradas fijas o ulceradas en superficie.

Diagnostico diferencial

Los condilomas pueden ser confundidos con otras lesiones exofíticas o con placas genitales de distinta pigmentación⁵⁻⁶

- Condilomas planos o sífilides, que se presentan en la sífilis secundaria. Estas lesiones aunque morfológicamente pueden ser similares, son de superficie plana y a veces erosivas o exudativa, en lugar de papilomatosa. Pueden coexistir con otras modificaciones cutáneas de la sífilis secundaria (fotos 12, 13, 14).
- Papulosis benigna, también llamada pápula perlada del pene o pápulas vestibulares, glándulas sebáceas ectópicas aisladas o agrupadas que se observan en 30-40% de los varones jóvenes generalmente en la corona del glande y no esta asociada al VPH. Es la entidad que más problema de diagnóstico diferencial causa con los condilomas (foto 15).
- Queratosis seborreica.
- Moluscos contagiosos (foto 16).
- Carcinomas.
- Papulosis bowenoide: entidad producida por el VPH que da lugar a pápulas de coloración variable, en ocasiones muy pigmentadas y de localización genital. Las características histopatológicas de esta entidad se acercan más a la enfermedad de Bowen, presentando una evolución bastante crónica y caracterizada por su pobre respuesta a los tratamientos disponibles (foto 17).
- Pénfigo vegetante: las lesiones son de superficie de implantación más extensa y presenta lesiones ampollasas en algún momento de la evolución.



Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.

Objetivo

En la consulta de enfermería (definida a continuación), nosotros como profesionales, tenemos la autonomía suficiente para la aplicación del tratamiento, llevar a cabo el seguimiento, detectar complicaciones y realizar educación para la salud en sexo seguro. Con el fin de conseguir este objetivo se elaboró un protocolo multidisciplinar que se presenta a continuación.

Protocolo de la unidad



Consulta médica: diagnostico

El paciente es diagnosticado por el dermatólogo en una consulta general y tras decidir de forma consensuada entre el facultativo y el paciente el tratamiento a seguir, es derivado a la consulta de enfermería (cuadro 1).

| Tratamiento | Localización | Genitales externos | Vaginales | Meato uretral | Anales | Orales |
|--|--------------|--------------------|-----------|---------------|--------|--------|
| Podofilox 0,5% | | SI | NO | NO estudios | SI | NO |
| Imiquimod 5% crema | | SI | NO | NO estudios | SI | NO |
| Crioterapia | | SI | SI | SI | SI | SI |
| Resina de podofilotoxina al 10-25% | | SI | NO | SI | SI | NO |
| Ácido bi o tricloroacético al 80-90% | | SI | SI | NO | SI | NO |
| Tratamiento quirúrgico: electrocoagulación | | SI | SI | SI | SI | SI |
| Interferón intralesional | | Alternativo | NO | NO | NO | NO |
| Cirugía láser CO2 | | Alternativo | SI | SI | SI | SI |

Cuadro 1.

El objetivo primordial del tratamiento es eliminar las lesiones, evitar complicaciones y disminuir la infectividad al reducir la carga viral. No existen evidencias suficientes que demuestren que alguna de las opciones terapéuticas es superior a las demás. Todos los tratamientos actuales pueden reducir, pero probablemente no pueden impedir la infectividad ni reducir el riesgo de contagio posterior.

No existe un antivirico específico para el tratamiento, todas las modalidades van encaminadas a destruir las células infectadas por el virus o a estimular el sistema inmune para que sea el propio individuo quien las elimine. La elección dependerá de la morfología, número y localización de las lesiones, preferencias del paciente, coste del tratamiento y posibles efectos adversos⁴⁻⁵.

Además se indica al paciente cuándo y dónde debe realizarse las serologías, siempre que esté de acuerdo en realizárselas. A todo paciente al que realizamos un cribado de ITS se encuentre asintomático o no, se ha de realizar un cribado de LUES, hepatitis B y VIH.

Consulta ginecología-dermatología

Es una consulta conjunta realizada por un dermatólogo y un ginecólogo, donde se realizan revisiones a todas las pacientes con diagnóstico de condiloma. En ella se realiza citología, colposcopia y tratamiento de las lesiones externas. Posteriormente se cita para recogida de resultados en esta misma consulta y si es necesario continúa en seguimiento por ginecología.



Foto 7.



Foto 8.



Foto 9.

Consulta de enfermería

Tratamiento

En la consulta de enfermería se aplica el tratamiento o se instruye sobre la pauta a seguir en su domicilio. Citándola para revisión posterior.

Se realiza exploración de lesiones en genitales externos para aplicar el tratamiento o indicar al paciente donde aplicarlo: vulva, glande y meato uretral, prepucio y surco balanoprepucial, tallo del pene, escroto y región anal. En los hombres fundamentalmente se localiza en las zonas de roce durante la relación sexual, éstas son:

- 50% en frenillo, surco balano prepucial, glande y prepucio.
- 15% en uretra anterior.
- 35% en escroto y perigenital.

La localización anal y perianal se asocian con el coito anal en un 90% de los casos⁷.

Hay otras localizaciones en las que pueden aparecer lesiones^(foto 18), de ellas las más relevantes son la oral y perioral. El sexo oral es el que más se practica, sin el uso del preservativo, entre parejas no estables. Por otro lado son infrecuentes en población con un sistema inmune conservado^(foto 19)⁴.

Detectar y prevenir complicaciones



Foto 10.



Foto 11.



Foto 12.

Quemadura en la zona tratada (fotos 20, 21).

La complicación más frecuente son las quemaduras en las zonas tratadas. Para evitarlas se aconsejará al paciente las pautas para la aplicación correcta del tratamiento.

- **Podofilotoxina** en solución al 0,5% o en gel al 0,15% / 12h durante 3 días, descansar 4-7 días y repetir este proceso de 1 a 4 veces si persisten las lesiones. El área no puede exceder de 10 cm². Es importante evitar extender el producto en zonas no afectadas. No se puede utilizar en gestantes. Se debe emplear algún método anticonceptivo durante el tratamiento. Es aplicado por el paciente en su domicilio.

- **Imiquimod** en crema al 5%, 3 veces por semana, en días alternos, hasta un máximo de 16 semanas. Se extenderá el producto de forma que no quede crema residual. Lavar la zona tratada pasada 6-10 horas. No mantener relaciones sexuales mientras se tenga el producto aplicado. El imiquimod debilita los preservativos y diafragmas, no usar de forma simultánea. Es aplicado por el paciente. Se citara para una primera valoración a las 2 semanas.

- **Crioterapia** mediante nitrógeno líquido en aplicaciones cada 7-14 días. Aplicada por enfermería (foto 22).

- **Resina de podofilino** en solución alcohólica al 10-25%, aplicada en consulta, y lavado de 1 a 4 h después. Se realizan aplicaciones semanales. No se puede prescribir a gestantes.

Tratamiento durante el embarazo.

El empleo de podofilotoxina o resina de podofilino está contraindicado en la mujer gestante. Imiquimod no ha presentado indicios de teratogenicidad en modelos de experimentación

animal, pero no hay casuística suficiente en embarazadas para recomendar su uso.

En el caso de que aparezcan lesiones producidas por el VPH durante la gestación, se puede optar por esperar a su resolución espontánea y/o retrasar el tratamiento hasta que ésta haya finalizado; sin embargo, si la patología está presente en el canal del parto se tiende a realizar tratamiento mediante crioterapia con nitrógeno líquido. Una alternativa tradicionalmente empleada en este caso es no realizar tratamiento y programar un parto por cesárea, sin embargo no hay estudios que confirmen que esta estrategia prevenga la presencia de infección por VPH en el recién nacido.

Seguimiento. Educación para la salud y promoción para un sexo seguro

Es muy importante realizar una adecuada recogida de hábitos sexuales (cuadro 2) con el fin de solicitar las pruebas complementarias oportunas y para encaminar la educación en sexo seguro. Se derivará a la consulta de ginecología-dermatología a todas las mujeres para realización de citología y colposcopia.

En hombres sintomáticos, con relaciones homo y/o heterosexuales, se recomienda realizar cribado de hepatitis A cuando se presente con un cuadro clínico sugestivo, o prácticas sexuales recientes que conlleven transmisión fecal oral (rimming o anilingus) con la persona enferma.

En pacientes con condilomas anales y que practiquen sexo anal receptivo, se derivaran a Cirugía para anoscopia. Las lesiones son de carácter asintomático lo que aumenta la probabilidad de obviar la presencia de lesiones, junto con la inexistencia de programas de cribado poblacional de la neoplasia de anorrecto.



Foto 13.



Foto 14.



Foto 15.

Motivo de consulta:

- Síntomas, control, seguimiento de contacto.
- Consulta previa.
- Tratamiento previo.
- Alergias.

Conducta sexual: heterosexual, homosexual, bisexual

- Tiene pareja habitualmente: Si (tiempo de relación), No.
- Días desde el último contacto.
- Nº de parejas sexuales en el último mes y último año.
- Para prostitución: Nº de clientes/día, tipo de prostitución, años de prostitución.
- Contacto sospechoso con: pareja habitual, contacto esporádico, profesional, jeringuilla, otros.
- Tiene síntomas su pareja habitual: no, si ¿Cuál?
- ITS anteriores: cuales y cuando.
- Otras enfermedades.

Hábitos sexuales: siempre, frecuente, esporádica, nunca

- Vagina-pene.
- Vagina-boca.
- Boca-pene.
- Pene-vagina.
- Pene-ano.
- Pene-boca.
- Boca-vagina.
- Boca-ano.
- Ano-boca.
- Uso de preservativo para cada práctica y con quién (pareja habitual, contacto esporádico, con ambos).

Uso de drogas: Habitualmente, esporádicamente, nunca

- Especificar que drogas.
- ADV: No, si, es.

Método anticonceptivo

- FUR.
- Formula.
- Menarquía.
- Abortos: nº y tipo.
- Embarazo.

Cuadro 2.

La recogida de datos no sólo se realizará en la primera visita, pudiendo ser completada en visitas sucesivas. Obtener este tipo de información no resulta en ocasiones fácil teniendo en cuenta las connotaciones éticas y emocionales que lo rodean.

En la primera visita se le explicará al paciente que el abordaje correcto implica el tratamiento simultáneo del caso y de su pareja/s para evitar tanto la transmisión a la pareja susceptible como las reinfecciones de la persona infectada. Se incluiría la información a los contactos sexuales, diagnosticar y tratar si es necesario y aconsejar sobre prevención de infecciones, sin embargo, esto no resulta fácil⁸⁻⁹. Aunque la presencia de con-



Foto 16.

dilomas en uno de los miembros de la pareja, prácticamente es diagnóstico de infección en el compañero, el tratamiento no es necesario en ausencia de condilomas, aunque sí está indicado examinar para descartar la presencia de lesiones. Tras el diagnóstico de condilomas, es interesante realizar a ambos un estudio encaminado a descartar la presencia de otra enfermedad de transmisión sexual (sífilis y VIH) así como explicar las recomendaciones generales y medios de protección para las relaciones sexuales a fin de prevenir el contagio.

El preservativo de látex es muy efectivo para prevenir la transmisión de las ITS¹⁰⁻¹¹. Los fallos en la prevención están en relación habitualmente al uso inadecuado del mismo. Las normas básicas para su utilización son¹⁰:

- Usar siempre condones homologados, y utilizar uno para cada acto sexual, vaginal, oral o anal.
- Evitar daños con las uñas, los dientes o cualquier objeto afilado al manejar el condón.
- Colocar el condón con el pene en erección, antes del acto sexual, sea vaginal o anal, utilizando si es preciso lubricantes.
- Cuando se utilicen condones de látex, deben usarse únicamente lubricantes de base acuosa, puesto que los de base oleosa pueden dañarlos.
- Para evitar que el condón se deslice al retirarlo después del coito, realizar esta maniobra mientras el pene está erecto todavía, sujetando el condón firmemente sobre la base del pene.

El condón femenino es una membrana de poliuretano lubricado, con un anillo en cada extremo que se inserta en la vagina. Es una barrera efectiva cuando se utiliza de manera adecuada¹⁰. En cuanto a sus ventajas, permite cualquier tipo de lubricante, tiene menor riesgo de rotura, nunca se puede deslizar ya que se lo impide el anillo externo, no se han descrito casos de alergia, cubre genitales externos incluso labios mayores, la mujer puede ponerlo antes de que el hombre tenga la erección y también se puede utilizar para el sexo anal. El resto de los anticonceptivos (incluido el diafragma) no sirven como prevención.

Es importante recordar al paciente que el uso del preservativo ayuda a evitar el contagio, pero si tiene lesiones que no queden cubiertas, el contacto con estas zonas puede transmitir la enfermedad.

Entre las alternativas que se aplican para alcanzar este objetivo están: la notificación del contacto por parte del paciente (el paciente es el encargado de informar a sus contactos) y por parte del médico o de profesionales sanitarios dedicados expresa-



Foto 17.



Foto 18.



Foto 19.

mente a esta tarea (bien de manera inicial o condicionada a que el paciente no informe a sus parejas en un tiempo acordado)⁸⁻⁹.

La mejor estrategia preventiva es la educación para la salud y promoción del sexo seguro y en estas actividades el personal de enfermería tiene un papel importante. La EPS se hace necesaria debido a la morbilidad y al potencial oncogénico de algunos tipos de VPH⁶. La prevención primaria incluye medidas educativas y uso del preservativo.

Consulta monográfica dermatología

Alta y/o seguimiento (derma-enfermería): genitoscopia.

Una vez que no se evidencien lesiones de condilomas, y antes de ser derivado nuevamente a consulta médica, se realizará una genitoscopia. El procedimiento consiste en la aplicación de unas gasas empapadas en ácido acético al 3-5%, con las que se envuelve el tronco del pene y mucosa subpreputial, escroto y ano en varones y vulva y región anal-perianal en mujeres. Pasados de 1 a 5 minutos se realiza la exploración con lupa con iluminación. No presenta proble-

mas de tolerancia, excepto si existen erosiones, ulceraciones o inflamaciones que provocaran un leve escozor, esto desaconsejaría realizar la técnica por posibles falsos positivos. Antes de realizar sesión de crioterapia post-acético y para evitar falsos positivos es necesario esperar 1 mes.

En lesiones con clínica inaparente o sospecha de lesiones subclínicas, se recomienda el test del ácido acético para detectar las lesiones subclínicas ya que produce un emblanqueamiento y edematización de las lesiones ocultas, que se denominan lesiones acetoblanco o acetopositivas. La enfermedad subclínica es la que habitualmente tiene más trascendencia, ya que puede asociarse a transformación celular⁴. Siempre que existan lesiones acetoblanco sería recomendable que el paciente acuda a revisiones periódicas.

En el momento del alta se debe informar al paciente que es frecuente que en el transcurso de los 6 meses posteriores puedan reaparecer de nuevo las lesiones, de hecho programar consultas de 3, 6 y 12 meses, permite descubrir condilomas acuminados incipientes al producirse una recidiva. Si ésta tiene lugar el paciente tiene que ser tratado de nuevo¹².



Foto 20.



Foto 21.



Foto 22.

Bibliografía

- World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections. Overview and estimates. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Gross G. Therapy of human papillomavirus infection and associated epithelial tumors. *Intervirol*. 1997;40(5-6):368-77.
- Lacey C. Therapy for genital human papillomavirus-related disease. *J Clin Virol* 2005;32S:S72-S81.
- Ballesteros J. Infecciones de transmisión sexual. *Med Clin Monogr (Barc)* 2005;6(1):34-46 43.
- Fernandez-Obanza Windsheid E, Louro González A. 20/12/2003 Guías clínicas 2003;3(33). Condilomas acuminados. www.fisterra.com. Mayo 2009.
- Guerra Tapia A. Manual y atlas de las enfermedades de los genitales del varón. 2008. 90-101.
- Bosch X, Cararach M, Comino R, Guerra A, Hernández F, Nogueira J, et al. Consenso multidisciplinar del Foro VPH. *Prog Obstet Ginecol* 2001; 44:289-323.
- Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hosain M, Hawkes S. Sexual and reproductive health. Global control of sexually transmitted infections. *Lancet* 2006; 368:2001-16.
- Apoola A, Radcliffe K, Das S, et al. Patient preference for partner notification. *Sex Transm Infect* 2006; 82:327-29.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *Morb Mort Wkly Rep* 2006;55(55(RR-11)).
- Holmes K, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ* 2004;82:454-461.
- Ballesteros Martín J. Enfermedades de Transmisión Sexual: Actualización de su abordaje. IT del Sistema Nacional de Salud 2007; VOL.III_Nº2:39-54.