

RESUMEN

No existen estudios sobre la prevalencia de papiloma humano en las mujeres de edad fértil en el hospital Teófilo Dávila durante el año 2013, según estudios del hospital de SOLCA esta situación se encuentra asociada al número de parejas sexuales es decir que entre más parejas se tenga, mayor es el riesgo, el inicio temprano de las relaciones sexuales el uso inadecuado o inconsistente del condón, el no practicarse la citología vaginal de manera periódica, vivir con VIH/sida, tener o haber tenido alguna infección de transmisión sexual (ITS), motivo por el cual se realizó la siguiente investigación que tuvo como objetivo general; Determinar la prevalencia del virus de papiloma humano en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Teófilo Dávila. Machala 2013, estudiando las variables características individuales, número de casos y factores de riesgo, mediante la utilización de un estudio de tipo descriptivo retrospectivo se recopiló información del departamento de estadística de la observación directa de las historias clínicas, obteniendo como principal edad de riesgo las adolescentes, el grupo beneficiario fueron las mujeres en edad fértil asistentes a la consulta ginecológica del HTD dando como resultado del plan educativo que el 100% de usuarias se llenó sus expectativas.

INTRODUCCIÓN

Los Virus del Papiloma Humano (VPH) son un grupo de virus de ADN de doble banda que pertenecen a la familia Papillomaviridae, no poseen envoltura ⁽¹⁾ y representa una de las infecciones de transmisión sexual más comunes y el principal agente causal del cáncer cérvico-uterino (CCU), encontrándose en 99,7% de los casos, 90% de los casos de cáncer anal, 40% de los cáncer de órganos genitales externos (vulva, vagina y pene) y al menos 12% de los orofaríngeos.

Según las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existen a nivel mundial unos 300 millones de casos anuales de infección de cuello uterino por VPH sin alteraciones citológicas, unos 30 millones de displasias de bajo grado, unos 10 millones de displasias de bajo grado, y unos 500.000 casos de cáncer de cérvix, con 280.000 fallecimientos. Resulta difícil conocer la frecuencia real de la infección genital por VPH debido a que no se notifican los casos diagnosticados y, además, como la mayoría de infecciones son asintomáticas y auto limitadas, gran cantidad de pacientes no se diagnostican.

En el Ecuador, la mortalidad por cáncer cervicouterino se sitúa en el puesto 19 entre las causas de muerte más frecuentes, incluso por encima del cáncer de mama. En la provincia de Manabí, durante el año 2002, se registraron 84 casos de carcinoma de cérvix, y el grupo de edad que presentaba la mayor frecuencia fue el de 30 a 34 años. En Guayaquil, la incidencia de carcinoma cervicouterino invasor fue de 1 478 casos en el período de 1997 a 2002, y el rango de edad más frecuente estuvo comprendido entre 40 y 44 años. ⁽²⁾ Según el registro nacional de tumores en el estudio realizado el 2008 nos indica que la tasas de incidencias estandarizadas en El Oro es de un 27.3% quedando en un segundo lugar después de la ciudad de Loja. ⁽³⁾

El modo más frecuente de transmisión de los VPH genitales es la actividad sexual, mediante el contacto con epitelios infectados. El contagio ocurre a través de abrasiones microscópicas de la piel o las mucosas, independientemente de cómo ocurra el contacto sexual. Además, aunque el virus, inicialmente, durante el contagio, solo infecte un punto concreto del epitelio, posteriormente puede tener lugar una diseminación del mismo a otras zonas mediante autoinoculación. La transmisión del VPH por vía no sexual continúa siendo un tema controvertido. La mayoría de los estudios demuestran que es infrecuente, aunque posible, y que puede ocurrir de manera vertical (de madre a feto), por medio de fómites o por contacto no sexual con piel portadora del virus. En el caso de la transmisión vertical, en el ámbito perinatal concretamente, se ha demostrado como la manera de transmisión exclusiva de la papilomatosis recurrente juvenil.

La siguiente investigación cuenta con cuatro capítulos que describen los objetivos alcanzados, el Capítulo I que es el marco teórico donde se describen los antecedentes y la fundamentación teórica, el Capítulo II donde describiremos los materiales y métodos de la investigación, en el Capítulo III se describe el procesamiento de datos de la fase de información y de intervención además de conclusiones y recomendaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital Teófilo Dávila se evidencian según datos estadísticos 153 casos de personas infectadas por dicho virus en el año 2013 de las cuales 55 casos pertenecen a mujeres de entre 15 a 44 años de edad, situación que se encuentra asociada al número de parejas sexuales es decir que entre más parejas se tenga, mayor es el riesgo, el inicio temprano de las relaciones sexuales el uso inadecuado o inconsistente del condón, el no practicarse la citología vaginal de manera periódica, vivir con VIH/sida, tener o haber tenido alguna infección de transmisión sexual (ITS), teniendo como consecuencias el crecimiento y propagación de verrugas, además la presencia de un tipo maligno de Virus Papiloma Humano (VPH) puede aumentar el riesgo de contraer cáncer del cuello del útero, vulva, pene o el ano, mientras que las lesiones de oro faringe están asociadas con cáncer de garganta, sublinguales, paladar blando y amígdalas además la presencia de lesiones vulvares extensas no sólo impiden el parto vaginal por obstrucción mecánica sino que el corte, que normalmente se hace para permitir el parto (episiotomía), es imposible. Además, con este tipo de lesiones la contaminación vertical del feto, a su paso por el canal vaginal es más probable, por lo cual se ha estimado importante realizar la siguiente investigación ya que radica en identificar la prevalencia de la infección por el virus del papiloma humano, la relación que existe entre los aspectos individuales, factores de riesgos y elaborar y ejecutar un plan educativo para la prevención del virus de papiloma humano en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Teófilo Dávila.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la prevalencia del virus del papiloma humano en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Teófilo Dávila. Machala 2013?
- ¿Cuáles son los aspectos individuales de las mujeres en edad fértil que presentaron el virus del papiloma humano en el hospital Teófilo Dávila. Machala 2013?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo en las mujeres de edad fértil que presentaron virus del papiloma humano en el Hospital Teófilo Dávila. Machala 2013.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la prevalencia del virus de papiloma humano en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Teófilo Dávila. Machala 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la prevalencia de mujeres en edad fértil que presentaron virus del papiloma humano en el hospital Teófilo Dávila. Machala 2013.
- Establecer los aspectos individuales de las mujeres en edad fértil que presentaron el virus del papiloma humano en el hospital Teófilo Dávila. Machala 2013.
- Identificar los factores de riesgo en las mujeres de edad fértil que presentaron virus del papiloma humano en el Hospital Teófilo Dávila. Machala 2013.
- Elaborar y ejecutar un plan educativo sobre la prevención del virus de papiloma humano en mujeres de edad fértil que acuden al Hospital Teófilo Dávila.

VARIABLES

Variables Dependientes

- Prevalencia del Virus de Papiloma Humano.

Variables Independientes

- Factores de riesgo.
- Aspectos Individuales.

HIPÓTESIS

La prevalencia de virus de papiloma humano será alta en las mujeres que acuden al hospital Teófilo Dávila en el año 2013.

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual a pesar de las diversas campañas de prevención que se llevan a cabo, la cifra aumenta cada día en especial el virus del papiloma humano (VPH) el cual es uno de los más comunes; por lo tanto es importante dar a conocer este virus a todas las personas de ambos sexos que tengan una vida sexual activa y en especial a los jóvenes que comiencen su sexualidad a una edad temprana sin ninguna información.

Por tal motivo es necesario que los profesionales de la salud utilicen estrategias docentes para suministrar la información consciente al significado de este virus, en especial su forma de transmisión y sus medidas preventivas para asegurarse un bienestar físico y social de las usuarias y su pareja y a la vez reducir la propagación de esta infección y las complicaciones que pueda generar.

El personal de atención primaria va a ser el encargado de la educación, en especial la enfermera comunitaria que por su estrecha relación con la comunidad le permite promover y proporcionar la salud mediante acciones que estén dirigidas a enseñar o educar a los usuarios, familias y comunidad acerca de los estilos de vida saludable, modificaciones en el comportamiento que ayuden a evitar riesgo y sufrir enfermedades en el futuro.

Es de gran importancia que el personal de enfermería en los centros asistenciales en unión con el grupo médico brinde atención a las personas para que conserven su salud o la recuperen en el menor tiempo posible sin complicaciones futuras. Al adquirir la comunidad esta orientación de una manera positiva, mejorar los aspectos sociales y económicos la institución se verá beneficiada al no incrementarse el número de casos de VPH, ya que un gran porcentaje necesita atención médica que pueden requerir intervenciones quirúrgicas sencillas o complejas, estudios especiales los cuales suscitan gastos considerables que puedan ser disminuidos cuando se llevan medidas sanitarias con fines preventivos.

Con relación al aspecto científico los resultados de los estudios podrán ser utilizados para introducir cambios o nuevos programas de orden educativo que orienten a los profesionales de la salud, permitiendo profundizar y ampliar los conocimientos sobre el tema en cuestión. Los resultados serán la utilidad para fomentar las acciones educativas de enfermería y servirán de apoyo a otros miembros del equipo de salud que deseen realizar investigaciones al respecto. Por último, a toda investigación que tenga como norte mejorar el sistema de salud, proteger la unidad y la salud del individuo se justifica en sí mismo.

Por todas estas razones se procede a diseñar un programa de educación sobre el virus del papiloma humano (VPH) dirigido a las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del Hospital General Teófilo Dávila.

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

En un estudio que se realizó en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo que tuvo como Objetivo: Determinar el conocimiento sobre el virus de papiloma humano en estudiantes de enfermería. Mediante una Investigación descriptiva. Se aplicó un cuestionario a 137 alumnos que incluyó edad, procedencia, ejercicio de función sexual, parejas sexuales, etiología del virus de papiloma humano, modo de transmisión, clínica y prevención. Los Resultados fueron: La edad fue $18 \pm 0,5$ años. Predominó significativamente el sexo femenino (92 % versus 8%, $P=0,000$) y los estudiantes que no refirieron tener más de una pareja sexual (87,6 % versus 6,6 %, $P=0,000$). Más de la mitad de las mujeres tuvo un conocimiento sobre virus de papiloma humano muy bueno o excelente, estando éste significativamente asociado a un ejercicio responsable de la sexualidad en ambos géneros. Se llegó a la Conclusión: Se recomienda reforzar las campañas de información y formación a los adolescentes respecto al virus del papiloma humano.⁽¹⁷⁾

Otro estudio que tuvo como tema Prevalencia de la infección genital por virus papiloma humano en hombres universitarios voluntarios de la IX Región, Chile planteándose el Objetivo de: Determinar la prevalencia de infección por VPH genital en estudiantes universitarios varones voluntarios asintomáticos. Utilizando el siguiente estudio de corte transversal en 62 estudiantes varones sexualmente activos asintomáticos. Las Células de descamación se obtuvieron del surco y el eje coronal pene. Las muestras fueron analizadas para la detección del ADN del VPH y genotipado mediante reacción en cadena de la polimerasa y Reverse Line Blot. Resultados: La prevalencia de infección por VPH fue del 84%. La detección fue del 77% en el eje del pene y el 66%

en el surco coronal. Los más comúnmente detectados fueron los HPV-16 (45%), el VPH 11 (19%), el VPH-6 (10%) y el VPH-18 (9%). Infección múltiple wasfoundin 54%. Las combinaciones más frecuentes fueron VPH11 / 16 (18%) y HPV16 / 18 (5%). Conclusiones: La infección por VPH es muy frecuente en los estudiantes universitarios varones asintomáticos, los tipos de VPH de alto riesgo estaban muy predominantes. ⁽¹⁸⁾

Otro estudio de biología molecular con tema Genotipos de virus papiloma humano (VPH) en pacientes con cáncer cervico-uterino en un hospital público y una clínica privada de Santiago, Chile, aquí se comparan los genotipos de VPH en casos de cáncer cérvico-uterino escamocelular de una clínica privada (n: 35) y de un hospital público (n: 55) atendidos entre 1996 y 2006 en Santiago, Chile. Se analizaron por RPC y ensayo inmunoenzimático muestras tumorales en bloques de parafina, genotificándose con *reverse Une blotting* para 36 genotipos de VPH. Se detectó VPH en 94,4% de los casos: infecciones únicas por: VPH 16: 40,0%>, (clínica 37,1%, hospital 41,8%) VPH 18: 7,8% (clínica 2,9%, hospital 10,9%); total de infecciones por VPH 16 61,1% (clínica 53,1%, hospital 71,7%), por VPH 18 34,4% (clínica 21,9%, hospital 45,2%). Co-infección: VPH 16/18 75,6% (clínica 57,1%; IC95% = 46,6-66,0 hospital 87,3%; IC95% = 84,9-96,3, p = 0,002). Se identificó otros 11 genotipos oncogénicos en infecciones únicas (VPH: 26, 31, 33, 45, 58, 67) o en co-infección con VPH 16/18 (VPH: 35, 52, 56, 59, 66). VPH 16 y VPH 18 fueron significativamente más frecuentes en el hospital público, particularmente VPH18; 75,6%> de los cánceres se asociaron a los genotipos VPH 16/18, tipos prevenibles por vacuna. ⁽¹⁹⁾

En el estudio sobre Prevalencia del VPH en el Proceso de Malignización de Lesiones de Vías Aérodigestivas Superiores, Los papilovirus o virus del papiloma son considerados el grupo más prevalente de virus causantes de tumores de cabeza y cuello asociados a la infección con virus del papiloma humano (VPH). Según revisiones sistemáticas en México y Colombia, la prevalencia de VPH en el proceso de malignización de lesiones de vías aerodigestivas superiores (VADS) se presenta con una incidencia en orofaringe de 35,6%, en cavidad oral 23,5% y en laringe 24,0%. En ésta revisión también destacan los genotipos de VPH de bajo riesgo (VPH 31, 45, 6 y 11), los cuales inducen la

aparición de algunas lesiones precancerosas. La falta de un diagnóstico oportuno del VPH y de las lesiones que deriven de este virus, puede complicar el tratamiento del mismo. En cuanto a los métodos de su diagnóstico, se demuestra la efectividad del método PCR-RFLP como el punto de partida del monitoreo de la infección y su progresión a cáncer. Estos métodos pueden permitir comprender la virulencia del mismo y contribuir a la disminución de las tasas de incidencia a causa de las imprecisiones de diagnóstico clínico por metodologías convencionales ya que dificultan la detección precoz del cáncer de las vías aerodigestivas superiores. ⁽²⁰⁾

En una revisión bibliográfica que tuvo como objetivo de actualizar la información existente sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH) basados en la evidencia de nivel I-II. Fundamentalmente fueron revisados los publicados en la biblioteca Cochrane, Dynamed, Evidence-Based Medicine Updates, New England Journal of Medicine, J Clinical Oncology, Medscape, PubMed, artículos de la Agencia Internacional del Cáncer de Francia, y HPV Today, en inglés, francés, portugués o español, de los últimos 5 años, y se hace referencia a artículos originales de importancia de años anteriores. Se revisaron los siguientes aspectos: Definiciones, epidemiología, etiología: Virus del Papiloma Humano, factores de riesgo, clínica de la infección por el VPH, implicación clínica, pesquiasaje de masas, tratamiento, prevención primaria y secundaria; y problemas sociales derivados. La infección por el VPH es sexualmente transmitida, por lo tanto es prevenible, y puede ser curable. Es un virus ADN que necesita de un epitelio para su replicación y completar su ciclo vital. La expresión de sus genes constituyentes varía dentro del epitelio, y de una parte del epitelio a otra, dependiendo del tipo de lesión. Se ha detectado la infección desde la infancia, aún sin relaciones sexuales, para llegar a un clímax alrededor de los 30 años, para luego decrecer. Las alternativas actuales son la prevención primaria mediante el uso de anticonceptivos de barrera, el uso de las vacunas profilácticas, y después que está instaurada la infección las vacunas terapéuticas que se están desarrollando. En todos los aspectos se pueden detectar problemas sociales, desde el diagnóstico con el peso de ansiedad, la carga social que proporciona la infección y las consecuencias que de ella derivan. ⁽²¹⁾

En otro estudio de Prevalencia de infección por virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos, se tuvo como objetivo: Determinar la prevalencia de infección por VPH de alto riesgo, en una muestra de mujeres embarazadas mexicanas, y sus posibles factores de riesgo. Utilizando un tipo de estudio epidemiológico de tipo transversal en una muestra de 274 mujeres embarazadas que acudieron a los servicios de primer nivel de atención del Hospital General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Cuernavaca, Morelos, durante el año 2000. Se obtuvieron muestras de exudado vaginal mediante autotoma, y se aplicó un cuestionario estructurado sobre características sociodemográficas, ginecoobstétricas y de comportamiento sexual. La detección de infección por VPH de alto riesgo, se realizó empleando un método de captura de híbridos (Hybrid Capture II, HCII, Digene Corp.). Los resultados obtenidos fueron; La prevalencia de infección por VPH fue de 37.2% (102/274). En promedio acudieron a su primera cita prenatal al sexto mes de embarazo; la media de edad fue 25.7 años. Los principales factores de riesgo asociados a infección por VPH fueron: edad, entre 20 y 29 años ($RM = 2.82$; $IC95\% 1.02-7.76$), 30 o más años (RM ajustada = 6.85; $IC95\% 1.22-38.2$); compañeros sexuales con otras parejas ($RM= 2.05$; $IC95\% 1.2-3.7$). Mostraron asociación positiva, aunque marginalmente significativas: escolaridad menor de 6 años ($RM = 1.67$; $IC95\% 0.67-4.3$); más de dos parejas sexuales en su vida ($RM = 1.54$; $IC95\% 0.7-3.4$); y tabaquismo actual ($RM= 1.6$; $IC95\% 0.6-5.0$). Dando como conclusiones; Los hallazgos indican una mayor prevalencia de infección por VPH de alto riesgo en embarazadas que lo informado en estudios realizados en no embarazadas. Los factores de riesgo relacionados son similares a la población de no embarazadas. Se recomienda el seguimiento de estas mujeres para evaluar la persistencia o regresión de la infección.⁽²²⁾

En otra investigación que tuvo como tema Infección por el Virus del Papiloma Humano en mujeres recluidas en Centros de Readaptación Social en el sureste de México, El objetivo de este trabajo fue describir la epidemiología de la infección por virus del papiloma humano (VPH) en un grupo de mujeres privadas de su libertad en el estado de Yucatán, México. Utilizando un estudio de corte transversal en el cual se incluyeron a 82 mujeres. Se recolectaron datos epidemiológicos a través de una entrevista directa

utilizando un cuestionario estructurado y se tomó muestras de células cervicales. La infección por VPH y los genotipos fueron identificados por técnicas de biología molecular.

Obteniendo los siguientes resultados; La prevalencia global de VPH fue de 20,7%. Quince diferentes genotipos se identificaron; 60% de bajo riesgo, 26,7% de alto riesgo 13,3% no están clasificados en ninguno de los dos grupos. El genotipo VPH 6/11 fue el más común. El 23,5% (04/17) de las muestras positivas tuvieron infecciones múltiples, tres con dos genotipos, y una con tres. Se encontró asociación entre la infección por VPH y tabaquismo $p= 0.0258$, OR 3.79 IC 95%(1.01-15.58).⁽²³⁾

Según el estudio sobre la Epidemiología de la infección cervical por virus Papiloma humano en Ushuaia, Argentina, El HPV es un factor necesario para el desarrollo del cáncer cervical. El objetivo del estudio fue conocer la epidemiología de dicha infección en Ushuaia, Provincia de Tierra del Fuego, Argentina. Se realizó un estudio de caso-control de 132 cepillados endocervicales. La detección y tipificación del genoma viral fue realizada por la reacción en cadena de la polimerasa, con posterior análisis de polimorfismos de fragmentos de restricción o hibridación. La prevalencia general de la infección fue 41%, correspondiendo 26% a los controles y 71% a los casos. El grupo etario con mayor prevalencia de HPV fue el de 14 a 24 años. Los tipos virales más frecuentes en la población infectada fueron HPV16 (23%), HPV18 (11%) y HPV33/35 (8% cada uno), resultando infectados con tipos virales de alto riesgo el 30% de las muestras, 16% de los controles y 60% de los casos. El trabajo aporta los primeros datos sobre los tipos virales predominantes en Ushuaia. Los resultados demostraron una prevalencia menor que en regiones con alta incidencia de cáncer cervical, siendo el HPV16 el más frecuente. La información obtenida permitiría estimar la efectividad de las vacunas en vías de aprobación, en la población estudiada.⁽²⁴⁾

1.2 FUNDAMENTACIÓN TEORICA

1.2.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA SOBRE LA INVESTIGACIÓN DEL PAPILOMA VIRUS HUMANO

La investigación de los papilomavirus empezó hace más de 100 años, concretamente cuando en 1896 McFadyean y Hobday demostraron la transmisión celular de las verrugas en los perros. Este hallazgo se siguió del de Ciuffo, que publicó en 1907 la transmisión de las verrugas en humanos.

No obstante, la investigación en este campo no volvió a despertar el interés de la comunidad médica hasta casi 80 años después, cuando se demostró la relación entre algunas infecciones específicas por virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cuello uterino.

En 1983, al hallazgo, mediante *Southern blot*, de ADN de Virus del Papiloma Humano tipo 16 en cánceres de cuello uterino, descubrimiento que le valió a Harald zur Hausen el Premio Nobel de Medicina en 2009.

Actualmente se ha establecido que la infección persistente por tipos oncogénicos de VPH es la causa necesaria del cáncer del cérvix. ⁽⁴⁾ Mediante múltiples estudios epidemiológicos, moleculares y clínicos se ha demostrado que esta neoplasia es una secuela de una infección no resuelta de ciertos genotipos de Virus Papiloma Humano. ⁽⁵⁾ En esencia todos los cánceres de cérvix contienen DNA de algún tipo de Virus del Papiloma Humano de alto riesgo.

1.2.2 ETIOLOGÍA

El virus del papiloma humano es un virus de DNA sin envoltura; que tiene cápside proteínica.

Infecta sólo a las células epiteliales y alrededor de 30 a 40 tipos de Virus de papiloma humano tienen afinidad para infectar la parte inferior de la región anogenital.

Los papiloma virus humanos (PVH) se incluyen en la familia papillomaviridae se caracterizan por su capacidad de producir lesiones proliferativas en piel y mucosas.

Todos ellos son específicamente humanos y comparten el género con virus específicos de otros mamíferos.

La comparación de las secuencias de nucleótidos de las regiones del genoma que codifican por las proteínas E6, E7 y L1, permiten diferenciar más de 120 tipos distintos de Papiloma Virus Humano.

Todos ellos infectan exclusivamente células del epitelio escamoso superficial de la piel o las mucosas, produciendo Tumoraciones por proliferación de las células infectadas.

Las verrugas víricas son las lesiones más frecuentes.

1.2.3 PATOGENIA

La infección tiene lugar por contacto directo con una fuente de virus infeccioso y se facilita mucho cuando existen abrasiones en el punto de contacto. Las verrugas comunes se contagian por contacto directo con la lesión de otro individuo y se propagan por autoinoculaciones posteriores; las verrugas plantares se adquieren pisando superficies contaminadas, por lo general en duchas y piscinas públicas, y las verrugas genitales se transmiten durante el coito.

La infección queda siempre confinada a las células del epitelio escamoso y puede afectar a cualquier tipo. La replicación de los Papiloma Virus Humano sólo comienza en células capaces de dividirse, por lo que es obligado que estos virus alcancen las células basales para que se desarrolle una lesión.

La expresión de genes tempranos tiene lugar ya en dichas células, en tanto que la síntesis de las proteínas estructurales y el ensamblaje de los viriones sólo sucede en queratinocitos diferenciados.

De esta forma, la replicación de los Papiloma Virus Humano se acopla al propio proceso de diferenciación celular. La consecuencia característica de la infección es la proliferación celular y la aparición de verrugas en el punto de inoculación. Algunos tipos de Papiloma Virus Humano, muy especialmente los tipos 16 y 18, son capaces de inducir transformación oncogénica y están implicados en la producción de tumores malignos.⁽⁶⁾

1.2.4 CICLO VITAL DEL VIRUS

El genoma circular de cadena doble del Virus del papiloma humano consiste en sólo nueve marcos de lectura abiertos (ORF) identificados. Los genes "tempranos" (E) regulan las funciones de la parte temprana del ciclo vital vírico, como el mantenimiento del DNA, replicación y transcripción. Los genes "tardíos" (L) codifican las proteínas de la cápside necesarias en etapas más avanzadas del ciclo vital del virus para completar el ensamble en nuevas partículas víricas infecciosas.

La culminación del ciclo vital ocurre sólo dentro del epitelio escamoso intacto. Los genes tempranos se expresan en las capas inferiores y los tardíos en las capas más superficiales, en sincronía con la diferenciación epitelial. La replicación vírica se completa en las capas epiteliales más superficiales. El virus del papiloma humano es un virus no cíclico, por lo que su carácter infeccioso depende de la descamación de las células infectadas.⁽⁷⁾⁽⁸⁾

1.2.5 TIPOS VÍRICOS

Hasta ahora se han identificado más de 100 tipos de virus del papiloma humano. Desde el punto de vista clínico, los tipos de Papiloma Virus humano se clasifican como de alto riesgo (HR) o bajo riesgo (LR) según su capacidad para inducir el desarrollo de cáncer cervico uterino. Los virus del papiloma humano de bajo riesgo tipos 6 y 11 causan casi todas las verrugas genitales y una minoría de las infecciones subclínicas por virus del papiloma humano. Las infecciones por virus del papiloma humano de bajo riesgo rara vez o nunca son oncógenas.

Los tipos de alto riesgo de virus del papiloma humano incluyen al 16, 18, 31, 33, 35, 45 y 58, y representan cerca de 95% de los casos de cáncer cervicouterino en todo el mundo. Otros tipos de alto riesgo de virus del papiloma humano relacionados menos a menudo con neoplasias incluyen al 39, 51, 52, 56, 59, 68,73 y 82. ⁽⁸⁾

Los tipos de alto riesgo del virus de papiloma humano (16, 18, 45 y 31) que se encuentran con mayor frecuencia en el cáncer cervicouterino también son los más frecuentes en la población general. En especial, el virus del papiloma humano 16 es el principal virus de este grupo relacionado con cáncer y representa 40 a 70% de los cánceres cervicouterinos invasores epidermoides en todo el mundo. Este serotipo también es el más frecuente entre las lesiones de baja malignidad y en mujeres sin neoplasia. ⁽⁹⁾⁽⁸⁾

Al igual que el virus del papiloma humano 16, los tipos víricos 18, 45 y 56 tienen alto potencial oncógeno. La prevalencia de virus del papiloma humano 18 es mucho menor que la de virus del papiloma humano 16 en la población general, pero se encuentra hasta en 25% de los carcinomas epidermoides, incluso en un porcentaje más alto de los adenocarcinomas cervicouterinos y carcinomas adenoescamosos. ⁽¹⁰⁾⁽⁸⁾

Además, se cree que el virus del papiloma humano 18 tiene una participación dominante en el desarrollo de cánceres cervicouterinos de rápida evolución, o sea aquellos que parecen formarse sin una fase premaligna prolongada, típica de la mayor parte de los cánceres cervicouterinos.

Estos tumores aparecen uno a tres años después de una citología cervicouterina negativa, tienen mayor probabilidad de ser adenomatosos o adenoescamosos y se desarrollan en mujeres más jóvenes. ⁽¹¹⁾⁽⁸⁾

Sin embargo, la existencia de lesiones de rápida evolución aún es tema de controversia, ya que en realidad podrían reflejar compromiso endocervical detectado en forma tardía, el cual tiene mayor probabilidad de pasar desapercibido en la detección citológica.

1.2.6 RESPUESTA INMUNOLÓGICA A LA INFECCIÓN POR VPH

El estudio de la respuesta inmunológica frente al virus de papiloma humano ha sido complejo debido a la dificultad para obtener viriones de los cultivos celulares, ya que la producción de los mismos está estrictamente ligada a la diferenciación de las células epiteliales. Por este motivo, los estudios iniciales hicieron uso de material obtenido de verrugas, que era inoculado en animales. De esta manera se observó en estos que, si bien los viriones desnaturalizados dan lugar a la producción de anticuerpos inespecíficos, la inoculación de viriones intactos produce anticuerpos con una importante especificidad por los distintos tipos virales.

Un paso más fue la clonación de genes virales específicos, gracias a los avances de la biología molecular, de manera que, de forma sintética se pueden obtener péptidos antigénicos idénticos a los de los papilomavirus. Otro avance fue la obtención de viriones intactos a partir de ratones desnudos, que sirvieron como fuente de antígenos para la experimentación. De este modo fue posible demostrar que el uso de péptidos o viriones desnaturalizados produce una escasa respuesta serológica, sugiriendo que la mayoría de los anticuerpos producidos por los pacientes infectados por el virus de papiloma humano reconocen epítomos conformacionales.

1.3 HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR VPH

La mayoría de las infecciones por virus de papiloma humano son asintomáticas y autolimitadas. El tiempo necesario para la remisión de la infección varía, según la opinión de diferentes autores. Moscicki *et al* consideraron en 1998 que el 70% de las infecciones en mujeres remiten en 24 meses, mientras que, cuatro años después, Giuliano *et al* estimaron que a los 12 meses el 100% de las infecciones por virus de papiloma humano 16 habían remitido. La duración mediana de la infección se estima en 8 meses, habiéndose eliminado a los 5 años en un 90% de los casos. Además, la duración de la infección difiere según se trate de un tipo viral de alto o bajo riesgo, siendo más corta en estos, estimándose un tiempo mediano para el aclaramiento de 9,8 meses para los primeros, y 4,3 para los últimos.

Dentro de los de alto riesgo, el tipo 16 es particularmente persistente. Además, la probabilidad de que se produzca una infección persistente es más baja con los tipos de bajo riesgo.

Se cree que la desaparición de la infección por virus de papiloma humano está mediada por una respuesta del sistema inmunitario. No está claro si cuando la infección se resuelve podrían quedar pequeños focos de células que mantuvieran la presencia del virus con un nivel de copias de ADN minúsculo, indetectable con las técnicas actuales, que podrían ser los responsables de la reemergencia de la infección a un nivel detectable tras un periodo de latencia.

Se acepta actualmente que la persistencia de la infección por virus de papiloma humano es esencial para el desarrollo de lesiones cervicales premalignas y cáncer. Se entiende como persistente una infección por virus de papiloma humano cuando es posible detectar el mismo tipo viral en dos o más ocasiones en un periodo de tiempo determinado.

No existe consenso sobre cuál debe ser la duración de este periodo, y hay quienes entienden que se requieren al menos 6 meses mientras que otros lo prolongan hasta un año. Esta es, sin embargo, una estimación convencional que no tiene en cuenta que las infecciones por tipos de alto riesgo tienden a ser más duraderas, como se ha explicado más arriba.

El desarrollo de una lesión premaligna a partir de una infección por virus de papiloma humano es una consecuencia poco común, en relación con la gran frecuencia de la infección.

Es difícil definir qué lesión debe considerarse precancerosa en base únicamente a su aspecto histológico, ya que muchas infecciones agudas por virus de papiloma humano son aparentemente alarmantes y, sin embargo, regresarán por sí mismas, mientras que otras infecciones con el mismo aspecto histológico son ciertamente precánceres que persistirán y evolucionarán a verdaderos cánceres con potencial invasivo.

La probabilidad de progresión de una lesión premaligna a carcinoma y de este a cáncer invasor, es variable según el grado de la misma, siendo mayor en aquellas de más alto grado, como veremos más adelante. Asimismo, las lesiones premalignas pueden regresar de manera espontánea, sobre todo aquellas de menor grado.⁽⁸⁾

1.3.1 RIESGO DE INFECCIÓN

Los factores de mayor riesgo para adquirir la infección genital por virus del papiloma humano son el número de parejas sexuales recientes y su número total, así como la edad temprana al momento del primer coito. ⁽¹²⁾⁽⁸⁾

1.3.2 DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN

La infección con virus del papiloma humano se sospecha por la aparición de lesiones clínicas y por el resultado de los estudios citológico, histopatológico y colposcopia, todos los cuales son subjetivos y a menudo inexactos. Además, la prueba serológica es poco confiable e incapaz de distinguir entre infección pasada y actual. ⁽¹³⁾

Por lo tanto, el diagnóstico definitivo sólo puede hacerse con la detección directa del DNA de virus del papiloma humano. Esto puede hacerse con técnicas histológicas mediante hibridación in situ, por amplificación de ácido nucleico mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR) o por técnicas para captura de híbridos (HC).

En la actualidad, Hybrid Capture 2 (HC 2, una técnica de captura híbrida) es la técnica más usual en la práctica clínica. Es una prueba de quimioluminiscencia que utiliza una mezcla de sondas de RNA para la detección de 13 tipos de oncógenos de virus del papiloma humano.

La prueba clínica para virus del papiloma humano mediante HC 2 puede realizarse mediante la recolección de células cervicouterinas con un pequeño cepillo o con citología en medio líquido. Si se encuentra una verruga típica en una mujer joven, o se

identifica neoplasia cervicouterina de alta malignidad o cáncer invasor por estudio citológico o histopatológico, se asume la infección por virus del papiloma humano y no es necesaria la confirmación con pruebas para el virus.

Hoy en día no está indicado realizar en forma sistemática pruebas para virus del papiloma humano fuera de la detección y la clasificación de cáncer cervicouterino, o en la vigilancia de resultados citológicos anormales.

1.3.3 TRATAMIENTO

Las únicas indicaciones para tratar la enfermedad genital relacionada con virus del papiloma humano son la presencia de neoplasia o verrugas sintomáticas que causan incomodidad física o sufrimiento psicológico. De nuevo, la mayor parte de las infecciones por virus del papiloma humano es transitoria y las verrugas tienen un índice de regresión espontánea de 60 a 70%.

Existen varias modalidades terapéuticas que se eligen de acuerdo con el tamaño, localización y número de verrugas. Pueden usarse la resección o destrucción mecánicas, inmunomoduladores tópicos y coagulación química o térmica.

No existe un tratamiento eficaz para la infección subclínica por virus del papiloma humano. Puede causarse daño físico al aparato genital inferior en un intento para erradicar las infecciones por virus del papiloma humano, que casi siempre se autolimitan.

La exploración de una pareja masculina no beneficia a la mujer mediante la influencia en la reinfección ni por modificación de la evolución clínica o resultado terapéutico de las verrugas genitales o neoplasia de la porción distal del aparato reproductor femenino (Centers for Disease Control and Prevention, 2002).⁽¹⁴⁾

1.4 PREVENCIÓN

1.4.1 INTERVENCIONES CONDUCTUALES

La abstinencia sexual, el retraso del primer coito y la limitación del número de parejas sexuales son las estrategias más lógicas para evitar o limitar la infección genital por virus del papiloma humano y sus efectos. Sin embargo, no hay evidencia de estudios referente a la asesoría y modificación de la práctica sexual.

1.4.2 CONDONES

Se recomienda el uso de condones para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) en general, pero su eficacia específica para prevenir la transmisión de virus del papiloma humano es menos segura. Los condones masculinos son más efectivos para prevenir las ITS transmitidas por líquidos corporales y a través de mucosas, y lo son menos para las ITS que se diseminan por el contacto piel con piel, como en el caso del virus del papiloma humano (Centers for Disease Control, and Prevention, 2002). Sin embargo, realizaron el primer estudio prospectivo del uso del condón masculino y riesgo de virus del papiloma humano en mujeres jóvenes, y mostraron reducciones en la

infección por virus del papiloma humano, aun cuando el uso de condones no fuera consistente.

1.4.3 VACUNAS

El desarrollo de vacunas ofrece la mejor promesa para prevenir la infección por virus del papiloma humano y tal vez limitar o revertir sus secuelas en las que ya están infectadas.

INMUNOLOGÍA DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Parece que la respuesta inmunitaria es un factor clave de la epidemiología y naturaleza oncogena del virus del papiloma humano. Hasta ahora, los aspectos inmunológicos del virus del papiloma humano se han identificado sólo en parte, pero parece que la inmunidad local y humoral protege contra la infección inicial.

Es probable que la inmunidad celular tenga una mayor participación en la persistencia de la infección por virus del papiloma humano, así como en la progresión o regresión de las lesiones benignas y neoplásicas.

VACUNAS PROFILÁCTICAS.

Las vacunas profilácticas inducen la formación de anticuerpos humorales que neutralizan al virus del papiloma humano antes que pueda infectar a las células.⁽¹⁵⁾ Aunque no previenen la presencia transitoria de virus del papiloma humano, sí lo hacen respecto, al establecimiento de infección persistente y por tanto, el desarrollo de neoplasia cervicouterina.

En cuatro estudios con asignación al azar, doble ciego, controlados con placebo en un total de 20 000 mujeres, una vacuna tetravalente recombinante contra los tipos 6, 11, 16 y 18 produjo una protección de 90 a 100% contra verrugas genitales, neoplasia vulvar, vaginal y cervicouterina en mujeres con resultados negativos para pruebas serológicas y PCR genital para los tipos de virus del papiloma humano incluidos en la vacuna. En 2006, Gardasil recibió la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para la vacunación de niñas y mujeres de seis a 29 años de edad. Una vacuna bivalente para virus del papiloma humano 16/18 mostró eficacia similar y se anticipa que reciba una aprobación similar cuando se complete el estudio fase III. Aplicadas en tres dosis intramusculares durante un periodo de seis meses, ambas vacunas son muy seguras y bien toleradas⁽¹⁶⁾

Las estrategias de vacunación deben hacer énfasis en la aplicación antes del primer coito, cuando la protección obtenida alcanza casi 100%. Sin embargo, el antecedente de actividad sexual previa o enfermedad relacionada con virus de papiloma humano contraindica la aplicación de la vacuna porque no es segura la exposición previa a los tipos de virus del papiloma humano incluidos en la vacuna. No se recomienda la prueba para virus del papiloma humano antes de la vacunación. Advisory Committee on Immunization Practices recomienda que vacuna para virus del papiloma humano se aplique en forma habitual a niñas de 11 - 12 años de edad y se permita en personas de nueve a 26 años edad, sin importar que hayan tenido o no actividad sexual.

Vacunas terapéuticas

El desarrollo de vacunas terapéuticas efectivas para mitigar o erradicar la enfermedad por virus de papiloma humano establecida, incluidas verrugas genitales, lesiones pre invasora: cáncer invasor, presenta desafíos mucho mayores. La inmunidad celular contra el virus es más compleja y menos comprendida que la humoral. La infección persistente por virus del papiloma humano en cualquier forma indica que la interacción hospedador- virus del papiloma humano evadió la respuesta inmunitaria.⁽⁸⁾

1.5 TEORIAS DE ENFERMERIA

En 1852 Florence Nightingale con su libro "Notas de enfermería" sentó la base de la enfermería profesional, ella intentó definir cuál era la aportación específica de la enfermería al cuidado de la salud.

Ya que desde sus orígenes la enfermería era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, este nace con la primera teoría de enfermería.

También las enfermeras centraban su atención a la adquisición de conocimientos técnicos que habían sido delegados.

1.5.1 MODELO DE ENFERMERÍA RELACIONADA CON VPH

1.5.1.1 DOROTEA OREM

TEORÍA DEL AUTO CUIDADO

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

1.5.1.2 CALLISTA ROY

LA TEORÍA DE LA ADAPTACIÓN

Considera al hombre un ser bio-psico-social en relación constante con el entorno que considera cambiante El hombre es un complejo sistema biológico que trata de adaptarse a los cuatro aspectos de la vida:

- La fisiología
- La autoimagen
- La del dominio del rol
- La de interdependencia

EL HOMBRE, SEGÚN C. ROY, DEBE ADAPTARSE A CUATRO ÁREAS, QUE SON:

Las necesidades fisiológicas básicas: Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno. El dominio de un rol o papel: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene. Interdependencia: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

1.5.2 ATENCIÓN DE LA ENFERMERA

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad Proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes.

1.5.2.1 VALORACIÓN

Proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes

1.5.2.2 DIAGNOSTICO

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado.
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.
- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado.
- **De bienestar:** No contienen factores relacionados se parte de un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado, por deseos expresos de la persona o del grupo.

1.5.2.3 PLANIFICACIÓN

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

1.5.2.4 EJECUCIÓN

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados.

Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema

1.5.2.5 EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

1.5.3 PAE (PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA) EN LA PREVENCIÓN DE VPH

El cuidado de enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la promoción y restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos. El cuidado de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración entre la enfermera y el usuario que incluye la comunicación interpersonal entre ellos y con otras personas importantes para el usuario quienes forman parte del sistema de salud.

1.5.3.1 FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Los siguientes son los pasos o fases del proceso de enfermería:

- Valoración de las necesidades del paciente.
- Diagnóstico de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir.
- Planificación del cuidado del paciente.
- Ejecución
- Evaluación del éxito del cuidado implementado y retroalimentación para procesos futuros.

1.5.3.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL VPH

Detectar cuanto de información sobre la enfermedad tiene el paciente y realizar docencia con el mismo de ser necesario. Controlar el proceso de la lesiones si las hubiera, dependiendo del período de la enfermedad. Administrar medicación indicada en tiempo y forma. Si el paciente es ambulatorio explicar la importancia de respetar el tratamiento. Explicar al paciente las medidas de barrera que debe utilizar para evitar

contagios. Explicar que no queda inmune y que debe cuidarse y las formas para evitar otro contagio de ésta enfermedad u otra de transmisión sexual. Control de signos vitales.

Valoración general en busca de signos y síntomas que indiquen que el paciente no está realizando el tratamiento.

Exámenes complementarios si el caso lo amerita transferencia a nivel de mayor complejidad.

1.5.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DEL VPH

Los síntomas del VPH son en muchas ocasiones verrugas que se forman en la vulva, cérvix, en el pene en caso del hombre los signos y síntomas son desapercibidos.

Generalmente las verrugas no duelen y puede confundirse con irritaciones o raspaduras de los genitales. Como desaparece aun sin recibir tratamiento médico, la persona cree que se ha curado, pero los virus siguen en el cuerpo y suelen ocasionar dolor, prurito y sangrado en cada relacion sexual.

Estas erupciones pueden confundirse con alergias a medicinas o salpullidos y desaparecen sin tratamiento médico. Pero los virus siguen en el cuerpo durante muchos años (entre 5 y 40 años) Al cabo del tiempo aparecen los daños más peligrosos y destructivos: como son cáncer en el cérvix, útero, vagina penes, garganta en caso de sexo oral.

POSIBLES DIAGNOSTICOS SEGÚN NANDA

- (00146) Ansiedad relacionado con amenaza de muerte.
- (00146) Ansiedad relacionado con transmisión y contagio.

- (00126) Conocimientos deficientes relacionados con falta de interés en el aprendizaje.
- (1302) Afrontamiento de problemas relacionado con
- (1300) Aceptación del estado de salud relacionado con

1.5.5 PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA DEL VPH

Patrón	Problema	Actividad de enfermería	Conocimiento científico	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción y manejo de la salud • autocuidado 	VPH	Control de signos vitales Educación y consejería al paciente y contactos. Valoración de infección de transmisión sexual	VPH es una infección viral fundamentalmente una infección de transmisión sexual (ITS).	Paciente con resultados de citología mejorando estado de salud.

CAPITULO II

2. MATERIALES Y METODOS

2.1 ÁREA DE ESTUDIO

El escenario donde se realizo la investigación fue el hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala pertenece al ministerio de salud pública.

Esta institución cuenta con una atención de segundo nivel, en las cuales se encuentran las siguientes áreas:

- Consulta externa
- Emergencia
- Clínica
- Pediatría
- Ginecología
- Cirugía
- Centro quirúrgico
- Departamento de estadística
- Neonatología
- Unidad de cuidados intensivos
- Traumatología
- Farmacia

El hospital Teófilo Dávila se encuentra ubicado frente al parque Cristóbal Colon en las calles Boyacá entre Buenavista y Colon.

2.2 UNIVERSO DE TRABAJO

El universo de estudio estuvo constituido mujeres en edad fértil infectadas por el virus de papiloma humano en el año 2013 que acudieron al hospital Teófilo Dávila, los cuales son 55 casos.

2.3 MUESTRA

La muestra estuvo conformada por el 100% del universo de estudio, es decir 55 casos.

2.4 METODOS

2.4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación según su complejidad se la realizó mediante la aplicación del método de investigación descriptivo ya que se describió y dio valor a cada una de las variables en estudio, en un periodo de tiempo determinado.

2.4.2 DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio fue no experimental ya que el investigador no manipulo las variables en estudio.

2.4.3 INSTRUMENTO:

Como instrumento de apoyo se utilizara la fuente de información directa como es la observación de las historia clínicas y llenar una base de datos para luego realizar el cruce de variables.

2.5 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El proceso se desarrollo en tres fases:

2.5.1 FASE DE INVESTIGACIÓN

MÉTODO: El método utilizado fue el científico deductivo ya que a partir de la teoría se sustentaron los resultados.

ANALÍTICO: Se apoyó en que para conocer un fenómeno es necesario descomponerlo en sus partes, reflejando en los análisis de los cuadros estadísticos.

SINTÉTICO: la unión de elementos para formar un todo, reflejado en la elaboración de conclusiones.

TÉCNICAS: Se llevó a cabo mediante una encuesta; como datos personales que influyen en el estudio y datos clínicos.

INSTRUMENTOS:

Encuesta que se basó en las siguientes variables:

- Factores de riesgo
- Características individuales
- Medidas de prevención

MATERIALES:

- Borradores
- Lapiceros
- Carteles
- Trípticos
- Hojas blancas
- Computadora
- Cámara

PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento que se siguió fue el siguiente:

1. Pedir permiso a las autoridades del Hospital
2. Pedir apoyo al personal de salud del área
3. Búsqueda de datos
4. Aplicación de encuestas
5. Consignaciones datos
6. Instrumento de investigación
7. Vaciamiento de datos a base de datos

2.5.2 FASE DE INTERVENCIÓN

Para la intervención de prevención y educación, se trabajo con las mujeres de edad fértil, cuya condición permita intervenir de manera activa en el proyecto.

TÉCNICA:

Se utilizó la técnica de exposición oral sobre la prevención VPH, así como también se ofertaron los servicios de salud que brinda actualmente en diferentes establecimientos del Ministerio de Salud Publica.

2.5.3 FASE DE EVALUACIÓN

La intervención fue evaluada tomando en cuenta tres criterios:

PROCESO:

Se evaluó la calidad de intervención a través de metodología utilizada.

PRODUCTO:

Se evaluó el producto a través del cumplimiento de objetivos y de actividades programadas. Se utilizara un cuestionario de pre test y pos test para medir el conocimiento de las mujeres sobre la prevención de VPH.

IMPACTO:

Se evaluó la satisfacción de las usuarias con la intervención.

3.1.4 PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que se recolectaron fueron tabulados por medio del programa de informática Microsoft Office Excel y presentados en cuadros de doble entradas y simples, analizados por medio de porcentajes, para luego realizar la explicación e interpretación de los resultados, los mismos que servirán de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Prevalencia	Es el número de casos de una enfermedad en una población y en un momento dado.	Casos existentes	Prevalencia = números de casos en un momento dado / total de población existente en ese momento * 100
Aspectos Individuales	Son características de cada persona y varían de una a otra de acuerdo a su dimensión individualismo.	Edad	Nº de años cumplidos	15 – 25 años 26 – 35 años 36 – 44 años
		Etnia	Tipo de etnia	Blanco Mestiza Afro ecuatoriana Indígena
		Estado civil	Tipo de estado civil	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
		Instrucción educativa	Nivel de instrucción educativa	Analfabeta Primaria Ciclo básico Bachiller Estudios superiores

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Factores de riesgo	Es cualquier rasgo característico de exposición de un individuo que aumente su probabilidad de contraer el virus del papiloma humano.	Socioculturales y de salud	Edad de inicio de tener relaciones sexuales	< 15 años 15 – 25 años 26 – 35 años 36 – 44 años >44 años
			Proporción de usuarias según su número de parejas sexuales	De 1 – 2 De 3 – 4 >4
			Proporción de usuarias que presentaron el virus de papiloma humano según el sector donde habitan.	Urbano Rural
			Ocupación	QQDD Profesionales Estudiantes Otros
			Número de parejas sexuales	1-2/ 3-4 /<4
			Presentación de ITS	Si / No
			Promiscuidad	Si /No
			Uso de preservativo	Si /No

CAPITULO III

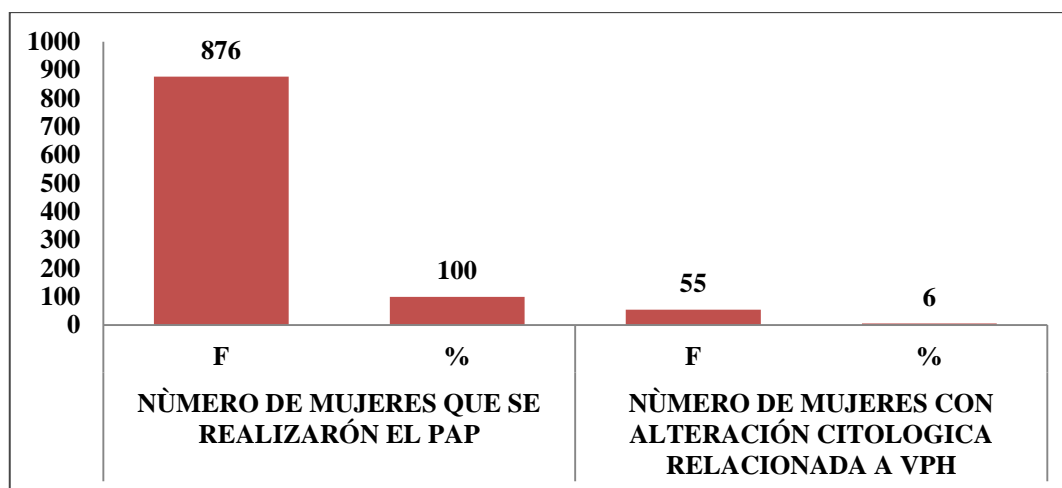
3. PROCESAMIENTO DE DATOS DE LA INVESTIGACION

CUADRO N° 1

3.1 CUADROS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

PREVALENCIA DE LAS ALTERACIONES CITOLOGICAS RELACIONADAS CON EL VPH DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTEL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL AÑO 2013.

NÚMERO DE MUJERES QUE SE REALIZARON EL PAP EN EL AÑO 2013		NÚMERO DE MUJERES CON ALTERACIÓN CITOLOGICA RELACIONADA A VPH	
F	%	F	%
876	100%	55	6%



FUENTE: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos indica la prevalencia de mujeres con VPH que se realizaron el Papanicolaou durante el año 2013, así tenemos que de 876 consultas ginecológicas que

corresponden al 100% y con procedimiento del PAP, 55 mujeres presentaron alteración en la citología con confirmación de virus de papiloma humano, siendo este el 6% de las mujeres que se realizaron el examen, denotando la complejidad y magnitud de la problemática ya que entre estas se encuentran mujeres jóvenes adultas y adolescentes que a su vez se consideran un medio de contagio por las relaciones sexuales. Concordando así con los estudios realizados en México donde demuestra que el VPH se presenta en un 20,7% de 882 mujeres estudiadas, es decir que por cada cien mujeres 20 mantienen VPH.

CUADRO N° 2

EDAD RELACIONADA CON EL CONTROL CITOLÓGICO PERIÓDICAMENTE EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL AÑO 2013.

EDAD	CONTROL CITOLÓGICO PERIÓDICAMENTE				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
15 - 19 AÑOS	0	0%	12	22%	12	22%
20-24 AÑOS	5	9%	3	5%	8	15%
25 - 29 AÑOS	5	9%	3	5%	8	15%
30 - 34 AÑOS	7	13%	5	9%	12	22%
35 - 39 AÑOS	7	13%	3	5%	10	18%
40 - 44 AÑOS	3	5%	2	4%	5	9%
TOTAL	27	49%	28	51%	55	100%

FUENTE: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos presenta la edad relacionada con el control citológico que se realizan periódicamente las mujeres en edad fértil, así tenemos que el 49% de mujeres si se realizan el control de estas el 13% corresponden a la edad de 30-34 años y el 5% de 40-44 años de edad, mientras que el 51% de mujeres no se realizan el control citológico de estas el 22% son adolescentes y el 4% mujeres de 40 a 44 años de edad, denotando así la irresponsabilidad del grupo de las mujeres adolescentes que no cumplen con el control ginecológico aumentando así el riesgo de infectarse con VPH.

CUADRO N° 3

EDAD RELACIONADA CON EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL AÑO 2013.

EDAD	NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES						TOTAL	
	DE 1 A 2		DE 3 A 4		MÁS DE 4			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15 - 19 años	5	9%	4	7%	3	5%	12	22%
20-24 años	2	4%	5	9%	1	2%	8	15%
25 - 29 años	3	5%	2	4%	3	5%	8	15%
30 - 34 años	6	11%	5	9%	1	2%	12	22%
35 - 39 años	6	11%	3	5%	1	2%	10	18%
40 - 44 años	4	7%	0	0%	1	2%	5	9%
TOTAL	26	47%	19	35%	12	18%	55	100%

FUENTE: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos presenta la relación de la edad con el número de parejas sexuales es así que el 47% han tenido de 1 a 2 parejas de estas el 11% son de 30 a 34 años y de 35 a 39 años de edad, del 35% que han tenido de 3 a 4 parejas el 9% son de 30 a 34 años de edad y el 4% de 25 a 29 años, mientras que del 18% que han tenido más de cuatro parejas sexuales el 5% corresponden a adolescentes y el 2% a mujeres de 40 a 44 años, denotando así la promiscuidad en las mujeres como factor predisponente a la infección por VPH el grupo de mayor riesgo son las adolescentes por el hecho de contar con una madurez completa emocionalmente dicha.

CUADRO N° 4

EDAD RELACIONADA CON EL TIPO DE OCUPACIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL AÑO 2013.

EDAD	TIPO DE OCUPACIÓN						TOTAL	
	TRABAJA		ESTUDIA		QUEHACERES DOMÉSTICOS			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15 - 19 AÑOS	3	5%	5	9%	4	7%	12	22%
20-24 AÑOS	2	4%	0	0%	6	11%	8	15%
25 - 29 AÑOS	2	4%	0	0%	6	11%	8	15%
30 - 34 AÑOS	5	9%	0	0%	7	13%	12	22%
35 - 39 AÑOS	3	5%	0	0%	7	13%	10	18%
40 - 44 AÑOS	2	4%	0	0%	3	5%	5	9%
TOTAL	17	31%	5	9%	33	60%	55	100%

FUENTE: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro representa los valores de mujeres según su edad con el tipo de ocupación así tenemos que el 60% se dedican a quehaceres domésticos de estas el 13% son de 35 a 39 años y el 5% de 40 a 44, en tanto que el 31% trabajan de las que el 9% son de 30 a 34 años y un 4% de 40 a 44 años de edad mientras que un 9% estudian correspondiendo al grupo de adolescentes. Denotando así la presentación de mayor riesgo del vph en mujeres que se dedican a los quehaceres domésticos.

CUADRO N° 5

EDAD RELACIONADA CON EL ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL AÑO 2013.

EDAD	ESTADO CIVIL						TOTAL	
	SOLTERA		CASADA		UNIÓN LIBRE			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15 - 19 AÑOS	8	15%	0	0%	4	7%	12	22%
20-24 AÑOS	3	5%	2	4%	3	5%	8	15%
25 - 29 AÑOS	3	5%	2	4%	3	5%	8	15%
30 - 34 AÑOS	6	11%	5	9%	1	2%	12	22%
35 - 39 AÑOS	3	5%	2	4%	5	9%	10	18%
40 - 44 AÑOS	3	5%	1	2%	1	2%	5	9%
TOTAL	26	47%	12	22%	17	31%	55	100%

FUENTE: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos indica la relación de la edad con la presentación del estado civil de las mujeres con infección por VPH así tenemos que el 47% de ellas son solteras de las que el 15% son de 15 a 19 años y el 5% de 20 a 24 años, en cuanto al 31% de mujeres en unión libre el 9% son de 30 a 35 años el 2% de 30 a 34 años y del 22% casadas en 9% corresponden a mujeres de 30 a 34 años, es así que se presenta según el estudio con mayor prevalencia en mujeres solteras de edad adolescente.

CUADRO N° 6

EDAD RELACIONADA CON LA RESIDENCIA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL AÑO 2013.

EDAD	RESIDENCIA						TOTAL	
	URBANA		URBANA MARGINAL		RURAL			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15 - 19 AÑOS	9	16%	0	0%	3	5%	12	22%
20-24 AÑOS	4	7%	2	4%	2	4%	8	15%
25 - 29 AÑOS	5	9%	1	2%	2	4%	8	15%
30 - 34 AÑOS	5	9%	5	9%	2	4%	12	22%
35 - 39 AÑOS	5	9%	3	5%	2	4%	10	18%
40 - 44 AÑOS	4	7%	1	2%	0	0%	5	9%
TOTAL	32	58%	12	22%	11	20%	55	100%

FUENTE: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos indica la relación entre la edad y el número de mujeres según su lugar de vivienda, es así que el 58% habitan en zona urbana de estas el 16% son adolescentes el 7% están entre 20 y 24 años, mientras las que habitan en zona urbano marginal el 9% están entre 30 – 34 años y el 2% entre 25 y 29 años de edad, y el 20% que habitan en zona rural el 5% corresponden a las adolescentes y el 4% al grupo de 20 a 39 años de edad, es si que la mayor presentación de VPH está dada en mujeres que habitan en zona urbana en edad adolescente.

CUADRO N° 7

EDAD RELACIONADA CON EL USO DE PRESERVATIVO EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL AÑO 2013.

EDAD	USO DE PRESERVATIVO				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
15 - 19 AÑOS	0	0%	12	22%	12	22%
20-24 AÑOS	3	5%	5	9%	8	15%
25 - 29 AÑOS	5	9%	3	5%	8	15%
30 - 34 AÑOS	4	7%	8	15%	12	22%
35 - 39 AÑOS	4	7%	6	11%	10	18%
40 - 44 AÑOS	3	5%	2	4%	5	9%
TOTAL	19	35%	36	65%	55	100%

FUENTE: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos indica la relacion entre el uso del preservativo y la edad de las mujeres que presentan VPH, así tenemos que del 65% de mujeres que no lo utilizan el 22% son de 15 a 19 años de edad, y el 5% de 25 a 29 años, mientras que del 35% que si lo utilizan el 9% son de 25 a 29 años de edad y el 5% DE 40 a 44 años de edad, denotando que el riesgo está dado en mujeres que no utilizan preservativo teniendo sexo no seguro con sus parejas sexuales.

CUADRO N° 8

EDAD RELACIONADA CON PROMISCUIDAD EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL AÑO 2013.

EDAD	PROMISCUIDAD				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
15 - 19 AÑOS	7	13%	5	9%	12	22%
20-24 AÑOS	5	9%	3	5%	8	15%
25 - 29 AÑOS	5	9%	3	5%	8	15%
30 - 34 AÑOS	7	13%	5	9%	12	22%
35 - 39 AÑOS	7	13%	3	5%	10	18%
40 - 44 AÑOS	3	5%	2	4%	5	9%
TOTAL	34	62%	21	38%	55	100%

FUENTE: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

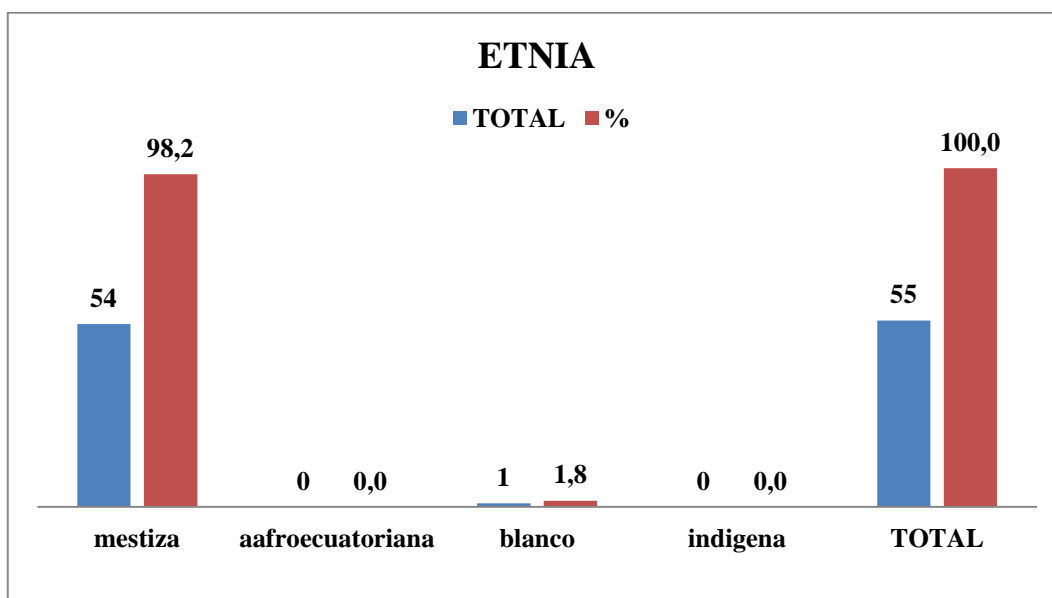
ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos indica que el 62% de mujeres si mantienen promiscuidad de estas el 13% son de 15 a 19 años de edad, y el 5% de 40 a 44 años, mientras que del 38% de mujeres que no mantienen promiscuidad el 9% son de 30 a 34 años y el 5% de 25 a 29 años, denotando así el riesgo que mantienen las mujeres de contagiar y de ser transmisoras de VPH.

CUADRO N° 9

ETNIA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL AÑO 2013.

ETNIA	TOTAL	%
MESTIZA	54	98,2
AFRO ECUATORIANA	0	0,0
BLANCO	1	1,8
INDÍGENA	0	0,0
TOTAL	55	100,0



FUENTE: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

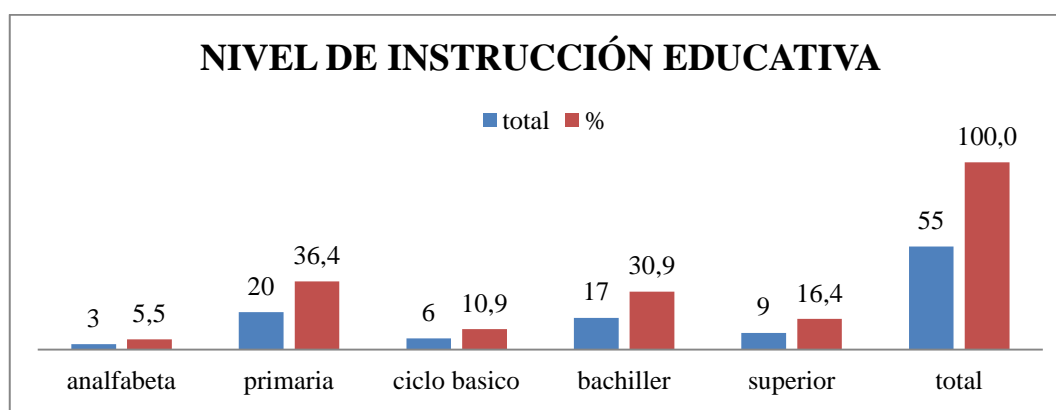
ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos indica la etnia de las mujeres con presentación de VPH es así que el 98,2% son de etnia mestiza y un 1,8% se consideran de etnia blanca, por tanto el contagio en nuestro medio esta dado más en mujeres de etnia mestiza.

CUADRO N° 10

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL AÑO 2013.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	TOTAL	%
ANALFABETA	3	5,5
PRIMARIA	20	36,4
CICLO BASICO	6	10,9
BACHILLER	17	30,9
SUPERIOR	9	16,4
TOTAL	55	100,0



FUENTE: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

ANÁLISIS:

El cuadro nos indica la presentación del nivel de instrucción educativa de las mujeres que han presentado VPH es así que del 100% el 36,4% estudiaron hasta primaria, el 30,9% bachiller, el 16,4% superior y un 5,5% analfabeta lo que denota el riesgo de presentación de VPH en mujeres con nivel educativo bajo.

4.1 RESULTADOS DE LA FASE DE INTERVENCIÓN

PROCESO

CUADRO N°1

INTERÉS DE LOS TEMAS EXPUESTOS POR PARTE DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

INTERÉS DE LOS TEMAS	N°	%
Si	55	100%
No	-	-
TOTAL	55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

BENEFICIARIAS: 55 MUJERES EN EDAD FERTIL

Análisis:

El **100%** de las mujeres en edad fértil manifestaron que los temas expuestos son de interés además que el plan educativo sobre la prevención del contagio por VPH y las complicaciones que conlleva fue oportuno.

CUADRO N°2

CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN

CLARIDAD DE LA EXPOSICION	F	%
Si	55	100%
No	0	0
TOTAL	55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

BENEFICIARIAS: 55 MUJERES EN EDAD FERTIL

Análisis:

Según la claridad de la exposición el 100% de mujeres en edad fértil asistentes a la charla educativa indicaron que fue clara además que entendieron cuales son los factores de mayor riesgo.

CUADRO N°3

CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO UTILIZADO EN LA CHARLA EDUCATIVA.

CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO	F	%
Bueno	55	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

BENEFICIARIAS: 55 MUJERES EN EDAD FERTIL

Análisis:

El 100% de las mujeres en edad fértil manifiestan que el material visual educativo utilizado en la charla sobre prevención del VPH fue claro y entendible.

CUADRO N°4

CALIDAD DEL AMBIENTE DONDE RECIBIERON LA CHARLA EDUCATIVA

CALIDAD DEL AMBIENTE	F	%
Adecuado	55	100%
Inadecuado	-	-
TOTAL	55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

BENEFICIARIAS: 55 MUJERES EN EDAD FERTIL

Análisis:

El **100%** de las mujeres en edad fértil asistentes a la charla manifestaron que el ambiente fue adecuado y les agrado.

CUADRO N° 5
PRODUCTO

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST				TOTAL		POST- TEST				TOTAL	
	CORRECTO		INCORRECTO				CORRECTO		INCORRECTO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1. VPH												
• Concepto	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
• Epidemiología	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0		55	100%
• Etiología	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENTACIÓN DE ENFERMEDADES.												
• Factores genéticos	2	4%	53	96%	55	100%	55	97%	0	-	55	100%
• Estilos de vida	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
• Sustancias toxicas	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0		55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

BENEFICIARIAS: 55 MUJERES EN EDAD FERTIL

PRODUCTO

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST				TOTAL		POST- TEST				TOTAL	
	CORRECTO		INCORRECTO				CORRECTO		INCORRECTO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
3. SIGNOS Y SÍNTOMAS												
• En vagina	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
• En útero	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0		55	100%
• Cervix uterino	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
4. FORMAS DE TRANSMISIÓN												
• Contacto directo vía sexual	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
• Sexo oral	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0		55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

BENEFICIARIAS: 55 MUJERES EN EDAD FERTIL

PRODUCTO

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST				TOTAL		POST- TEST				TOTAL	
	CORRECTO		INCORRECTO				CORRECTO		INCORRECTO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
5. CONSECUENCIAS												
• Infecciones cervico uterinas	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
• Inflamación epitelial	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
• Cáncer de cérvix útero y vagina	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
6. EXÁMENES QUE DIAGNOSTICAN												
• Papanicolaou	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
• Colposcopia	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

BENEFICIARIAS: 55 MUJERES EN EDAD FERTIL

PRODUCTO

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST				TOTAL		POST- TEST				TOTAL	
	CORRECTO		INCORRECTO				CORRECTO		INCORRECTO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1. TRATAMIENTO												
• Medico	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
• Quirúrgico	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
• Paliativo	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
2. PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS												
• Uso del preservativo	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%
• Control citológico	2	4%	53	96%	55	100%	55	100%	0	-	55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

BENEFICIARIAS: 55 MUJERES EN EDAD FERTIL

Análisis:

La presente tabla nos refleja la relación entre el pre - test y post - test del plan educativo que se ejecutó acerca de salud sexual la misma que demuestra que antes de la intervención educativa el 96% de las usuarias tenían un déficit de conocimiento; pero al concluir se obtuvo un aumento de conocimientos siendo así que la intervención beneficio al grupo en estudio.

CUADRO N° 6

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS

ACTIVIDADES	PROGRAMADAS	%	EJECUTADAS	%
ACTIVIDADES DE GESTION	1	100%	1	100%
ACTIVIDADES DE COORDINACION	2	100%	2	100%
ACTIVIDADES DE EDUCACION	2	100%	2	100%
TOTAL	5	100%	5	100%

FUENTES: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ANALISIS:

Todas las actividades programadas del proyecto se cumplieron en un 100%.

IMPACTO

CUADRO N° 7

TRATO QUE RECIBIERAN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL PLAN EDUCATIVO SOBRE LA PREVENCIÓN DE VPH.

TRATO QUE RECIBIÓ	F	%
Bueno	55	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	55	100%

FUENTE: ENCUESTAS

BENEFICIARIAS: 55 MUJERES EN EDAD FERTIL

Análisis:

El **100%** de las mujeres en edad fértil asistentes a la charla educativa sobre prevención de VPH, expresaron su gratitud al estar satisfechos con el trato recibido, por parte del expositor.

CONCLUSIONES

Una vez terminada la investigación he llegado a concluir lo siguiente:

- Según la prevalencia de HPV se dio en un 6% del total de las atenciones ginecológicas en el año 2013.
- Según las características individuales el 22% fueron de 15 a 19 años, el 60% se dedican a quehaceres domésticos, el 47% fueron solteras, el 58% habitan en zona urbana, el 98,2% son de etnia mestiza, el 36,4% con instrucción educativa primaria
- En cuanto a los factores de riesgo el 51% no se realiza periódicamente el control citológico, el 47% tienen más de una pareja sexual, el 16% si presentaron ITS, el 65% no utilizan preservativo, el 62% si tienen promiscuidad.
- Según el plan educativo el 100% del grupo beneficiario manifestaron que fue un éxito y lleno sus expectativas.

RECOMENDACIONES

Una vez culminado la investigación y de haber analizado la información sugiero que recomendar lo siguiente:

- En el hospital se planifiquen programas educativos sobre la prevención de VPH, en este grupo de riesgo que son las adolescentes.
- Que busquen a sus contactos para recibir un tratamiento integrado e integral.
- Que se dé información a las unidades de atención primaria para que impartan programas educativos.
- El personal de enfermería ejecute el PAE de prevención de las ITS y de VPH, incentivar a las usuarias a asistir a los programas que realicen.
- Que se concientice a las adolescentes con el fin de prevenir infecciones o de evitar posibles complicaciones del VPH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2008 Sep;110(3 Suppl 2):S4-7 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18760711>.
2. Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública. (2012). *Epidemiología molecular del virus de papiloma humano para la prevención del cáncer de cervico-uterino en mujeres de la región litoral del Ecuador*. Disponible en: <http://www.inspi.gob.ec/index.php/2013-09-18-15-48-27/papiloma-humano>.
3. Cueva, P. (2008). I curso de prevención de cáncer de cervix e infección por HPV. Incidencia de cancer de cervix en el Ecuador. disponible en: www.colposcopiaguayas.com.
4. Zur Hausen H: Human papillomaviruses and their possible role in squamous cell carcinomas. *Curr Top Microbiol Immunol* 1977; 78:1–30
5. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJLM, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244–265
6. Farreras, & Rozman. (2009). Infecciones causadas por papiloma virus, poliomavirus y eritrovirus. (16^{ta} Ed.) *Medicina Interna* (pág. 2507 - 2509). Elsevier España, S. L.

7. Doorbar. (2005). The papillomavirus life cycle. *J. Clin Virol* 32.
8. Hoffman. Bradshaw, Schorge, Schaffer. & Halvorson. (2009). Virus del papiloma humano. *Williams Ginecologia* (pag. 619 - 622). Dallas, Texas.
9. Herrero R, Hildesheim A, Bratti C, et al: Population – based study of human papillomavirus infection and cervical neoplasia in rural Costa Rica. *J Natl Cancer Inst* 92:464,2000.
10. Ferris DC, Cox JT, OConnor DM: The biology and significance of human papillomavirus infection. In Haefner HK, Krumholz BA, Massad Ls (eds): *Modern Colposcopy*. Dubuque, IA, Kendall/Hunt publishing, 2004, p 89.
11. Hildesheim A, Hadjimichael O, Schwartz PE, et al: Risk factors for rapid-onset cervical cáncer. *Am J Obstet Gynecol* 180(3 Pt 1):571, 1999.
12. Burk RD, Ho GY, Beardsley L, et al: Características del comportamiento sexual y de pareja son los factores de riesgo predominantes para la infección genital por el virus del papiloma humano en mujeres jóvenes. *J Infect Dis* 174:679, 1996.
13. Carter JJ, Koutsky LA, Hughes JP, et: Comparison of human papillomavirus types 16, 18 and 6 capsid antibody responses following incident infection. *J Infect Dis* 181:1911, 2000.
14. Centérs for Disease Control and Prevention: sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. <http://www.cdc.gov/std/treatment/6-2002TG>.

15. Christensen ND, Cladel NM, Reed CA, (2001). Hybrid papillomavirus L1 molecules assemble into virus-like particles that reconstitute conformational epitopes and induce neutralizing antibodies to distinct HPV types.

16. Harper DM, Ffranco EL, Wheeler CM. (2006). Sustained efficacy up to 4.5 years of a bivalent KL1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow from a randomized control trial.

17. <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v69n3/art06.pdf>

18. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001100003

19. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000100001

20. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2011000100001&script=sci_arttext

21. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-363420050006000006&script=sci_arttext

22. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000300003

23. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400019

24. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-75412006000100005&script=sci_arttext