



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**TÍTULO:**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HPV Y SU  
PREVENCION EN LAS PACIENTES EN EDAD  
REPRODUCTIVA QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL  
CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE  
PALANDA”.**

Tesis previa la obtención del título de  
Médico General.

**AUTOR:**

**ANDERSON PATRICIO GARCÍA JIMÉNEZ.**

**DIRECTOR:**

**DR. ORTEGA GUTIÉRREZ ÁNGEL COLON**

**LOJA - ECUADOR**

**2015**

Loja, 25 de noviembre del 2015

Dr. Ortega Gutiérrez Ángel Colon  
**DIRECTOR DE TESIS**

**CERTIFICA**

Que , la tesis de grado titulada “**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HPV Y SU PREVENCIÓN EN LAS PACIENTES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE PALANDA**” de autoría de Anderson Patricio García Jiménez, ha sido elaborada bajo mi dirección y una vez revisada en su integridad, autorizó su publicación.

Loja noviembre del 2015



.....  
**Dr. Ortega Gutiérrez Ángel Colon**  
**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Anderson Patricio García Jiménez declaro ser el autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizó a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

**Autor:** Anderson Patricio García Jiménez

**Firma**



.....

**Cédula:** 1103723613

**Fecha:** 17 de diciembre del 2015.

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo, **Anderson Patricio García Jiménez**; declaro ser el autor de la tesis titulada **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HPV Y SU PREVENCIÓN EN LAS PACIENTES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE PALANDA”**, como requisito para optar al grado y título de Médico general; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, el día 17 de diciembre del 2015, firma el autor.

**Firma:** .....

**Autor:** Anderson Patricio García Jiménez

**Cédula:** 1103723613

**Dirección:** Punzara Chico

**Correo Electrónico:** pat\_22pol@hotmail.es

**Teléfono:** 3040996

**Celular:** 0968018797

**Datos complementarios**

**Director de tesis:** Dr. Colon Ortega

**Tribunal de grado: Presidenta Tribunal:** Dra. Livia Gladys Pineda López, Mg. Sc

**Miembro Tribunal:** Dra. Mercy Lorena Vallejo Delgado, Mg. Sc

**Miembro Tribunal:** Dra. Marlene Moreno Ortega, Mg. Sc

## **DEDICATORIA**

Esta tesis se la dedico primeramente a mi dios por haberme sabido guiar por el camino de la sabiduría, dándome fuerzas para seguir adelante en cada prueba que me pone la vida, que me dio valor para no desmayar en el intento de superarme día a día.

Se la dedico a mi madre a mi padre y hermana por haberme apoyado tanto emocional como económicamente para realizar mis sueños, cumplir mis metas, por haberme convertido en el ser humano que soy hoy en día, inculcándome valores, principios y ayudándome a formar mi carácter.

## **AGRADECIMIENTO**

Mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, carrera de medicina Humana, por su empeño que pone día a día para lograr formar profesionales de calidad para construir una sociedad mejor.

Al Dr. Colon Ortega director de mi proyecto de tesis por guiarme en el desarrollo de este proyecto de investigación, por darme su crítica constructiva y consejos para llegar de una mejor manera a concluir este proyecto de investigación.

Quiero agradecer a mis padres y hermana por haberme apoyado día a día emocional y económicamente. Incentivándome a superarme y a no desmayar en el intento de cumplir mis metas.

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HPV Y SU PREVENCIÓN EN LAS  
PACIENTES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE ACUDEN A LA CONSULTA  
DEL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE PALANDA”.**

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación se lo realizó con el fin de determinar el nivel de conocimiento sobre hpv y su prevención en las pacientes en edad reproductiva comprendidas entre los rangos de 14 a 25 años de edad que acuden a la consulta del centro de salud de la parroquia de Palanda, la cual se encuentra ubicada en el cantón del mismo nombre, de la provincia de Zamora Chinchipe. Esta parroquia geográficamente situada al Sur-Oriente del Ecuador. A 150 Km de la ciudad de Loja, posee una población de 3.550 hab. Para lo cual se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Teniendo como método de recolección de información la encuesta lo que nos permitió determinar que el 53% del grupo de estudio no conoce el hpv, el 47% tiene algún nivel de conocimiento el cual se distribuye de la siguiente manera: el 27% posee un nivel de conocimiento bajo, el 18% un nivel de conocimiento medio, el 2% un nivel de conocimiento alto. En cuanto a las prácticas de prevención que realiza este grupo de estudio tenemos que el 59% aplica la abstinencia sexual, el 29% la monogamia, el 9% usa preservativo, el 71% no consume alcohol, el 100% no consume cigarrillo, finalmente el 100% de las usuarias no se ha aplicado la vacuna para este virus.

**Palabras claves:** nivel de conocimiento, prevención, hpv



## ABSTRACT

This research work is performed in order to determine the level of knowledge about HPV and its prevention in patients in reproductive age comprised between the ranges of 14-25 years of age attending the consultation of health center Palanda parish, which is located in the canton of the same name, in the province of Zamora Chinchipe. This parish geographically situated south-east of Ecuador. A 150 km from the city of Loja, has a population of 3,550 inhabitants. For which a quantitative study, descriptive, cross-cut was made. Taking as a method of data collection survey which allowed us to determine that 53% of the study group does not know HPV, 47% have some level of knowledge which is distributed as follows: 27% have a level Low knowledge, 18% a medium level of knowledge, 2% a higher level of knowledge. Regarding prevention practices carried out this study group we applied the 59% abstinence, monogamy 29%, 9% used condoms, 71% did not consume alcohol, do not consume 100% cigarette, finally 100% of users has not been applied to this virus vaccine

**Keywords:** level of knowledge, prevention, hpv

## INTRODUCCIÓN

Siendo el virus del papiloma humano un virus de transmisión sexual, hombres y mujeres están involucrados en la cadena epidemiológica de la infección, pudiendo ser portadores asintomáticos, transmisores y también víctimas de la infección por VPH. Los factores relacionados con la infección por VPH tienen que ver con el comportamiento sexual, edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales a lo largo de la vida, y selección de parejas sexuales. Las infecciones genitales por VPH pueden detectarse en cérvix, vagina y vulva en mujeres, glande, prepucio y piel del pene y escroto en hombres, canal anal y perianal tanto de mujeres como hombres. Se considera que la infección por VPH es la más frecuente de las afecciones transmitidas sexualmente; se calcula que aproximadamente 20 millones de individuos están infectados en Estados Unidos, con 5,5 millones de infecciones nuevas cada año en mujeres. Los estudios han demostrado que la prevalencia del VPH en poblaciones del mismo grupo etario, es incluso veinte veces mayor en países en vías de desarrollo en relación con los países desarrollados. Se estima que aproximadamente el 50% de las personas sexualmente activas se infectarán con VPH en algún momento de sus vidas; hay estudios que aseveran que el 80% de las mujeres serán infectadas por VPH antes de los 50 años.

En el Ecuador Según datos estadísticos del INEC del año 2010, indica que cada año se presentan alrededor de 1200 nuevos casos del virus del Papiloma Humano y 300 muertes producidas por este. El Ecuador consta como el país número 52 en tener mayor número de casos de cáncer, cuando se trata del cáncer de cuello del útero es el décimo país con mayor incidencia, en la provincia de Loja en el año 2015 se han confirmado 80 casos de hpv. . Por lo que considero de suma importancia que para prevenir el contagio, detección temprana de este virus, la población en general debe poseer un amplio conocimiento sobre el mismo y las complicaciones que este produce.

Con el presente trabajo de investigación titulado “nivel de conocimiento sobre hpv y su prevención en las pacientes en edad reproductiva que acuden a la consulta del centro de salud de la parroquia de Palanda” que tiene como objetivo general: Determinar cuál es el nivel de conocimiento sobre HPV y su

prevención en las pacientes en edad reproductiva en las edades comprendidas entre 14 a 25 años de edad que acuden a la consulta del centro de salud de la parroquia de Palanda durante el periodo abril-octubre del año 2014, y objetivos específicos los siguientes: Medir el nivel de conocimiento que las usuarias poseen sobre el HPV; conocer las medidas de prevención que las usuarias ponen en práctica para evitar el contagio del hpv, socializar resultados y formas de prevención a las usuarias por medio de trípticos para contribuir a fortalecer los conocimientos que estas poseen sobre el tema. Con estos resultados pretende aportar al centro de salud donde se realizó este trabajo, una noción sobre el conocimiento que las usuarias poseen sobre este tema, para que el personal que labora en esta casa de salud fortalezca dichos conocimientos mediante campañas de promoción en salud, además se pretende concientizar a las usuarias sobre la importancia que tiene este virus para de esta manera lograr disminuir el número de individuos que se contagian y lograr una detección temprana en aquellos que ya lo poseen.

El tipo de estudio que se aplicó en esta investigación es cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Con una muestra conformada por 73 usuarias que cumplen con los criterios de inclusión, para la recolección de la información se aplicó, previa la obtención del permiso respectivo de la directora de esta institución, una encuesta a las usuarias que acudieron en busca de atención médica a la consulta del centro de salud de la parroquia de Palanda, una vez aplicada la encuesta se procedió a tabular y a realizar un análisis mediante frecuencia y porcentaje llegando a obtener los siguientes resultados: el 53% del grupo de estudio no conoce el hpv, el 47% tiene algún nivel de conocimiento el cual se distribuye de la siguiente manera: el 27% posee un nivel de conocimiento bajo, el 18% un nivel de conocimiento medio, el 2% un nivel de conocimiento alto. En cuanto a las prácticas de prevención que realiza este grupo de estudio tenemos que el 59% aplica la abstinencia sexual, el 29% la monogamia, el 9% usa preservativo, el 71% no consume alcohol, el 100% no consume cigarrillo, finalmente el 100% de las usuarias no se ha aplicado la vacuna para este virus

## REVISIÓN DE LITERATURA

### VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

#### 1. GENERALIDADES

##### 1.1. DEFINICIÓN:

Los Virus de Papiloma Humano son un grupo diverso de virus que producen alteraciones epiteliales en las mucosas y piel de los humanos. La mayor parte de estos virus no causan síntomas de ningún tipo.

VPH es un virus ADN de doble cadena circular con 8000 pares de bases, el cual no cuenta con envoltura si no con un núcleo cápside proteica icosaédrica con 72 capsómeros, proviene de la familia Papovaviridae (Alejandro Alfaro Castro, 2013).

##### 1.2. HISTORIA

La primera descripción de las verrugas se encuentra en los escritos de Celso; en 1793, Bell reconoció que no estaban relacionadas con sífilis; el origen viral de las verrugas lo postuló Ciuffo en 1907 y Strauss en 1949 reconoció al virus. La transmisión sexual de las verrugas fue afirmada en 1954 por Barret. En 1956, Hoss y Durfee dieron el término "atipia coilocítica". Pero Papanicolaou fue el primero en descubrir células originadas a partir de las verrugas, con la definición de "halo perinuclear" en 1960. En 1969 Almeida indicó la heterogeneidad de los tipos de HPV y Meisels postuló al coilocito en la citología exfoliativa como patognomónico de infección de HPV en 1976; en ese mismo año se estableció la heterogeneidad genética de los papilomas, lo que condujo a Gissman, Pfister y Zur Hausen a identificar cuatro tipos de HPV diferentes en 1977. En 1983 sucedió un hecho importante que relacionó al HPV con cáncer, Durst identificó ácido desoxirribonucleico (DNA) de HPV en cánceres cervicales, sin embargo, la primera descripción de esta asociación fue descrita por Lewandowski y Lutz en 1922 en un paciente con epidermodisplasia.

La infección por VPH principalmente es una enfermedad de transmisión sexual. De esta forma, tanto hombres como mujeres están involucrados en la cadena epidemiológica de la infección, pudiendo ser portadores asintomáticos, transmisores y también víctimas de la infección por VPH.

Por tanto es que los factores asociados con la infección por VPH principalmente están relacionados con el comportamiento sexual, como es la edad de inicio de vida sexual, un alto número de parejas sexuales a lo largo de la vida, o contacto sexual con individuos de alto riesgo.

Las infecciones genitales por VPH pueden detectarse en cérvix, vagina y vulva en mujeres; glande, prepucio y piel del pene y escroto en hombres; y en canal anal y perianal tanto de mujeres como hombres. Aun cuando en personas jóvenes la infección por VPH es muy frecuente, la mayoría de las mujeres infectadas resuelven la infección espontáneamente (alrededor del 90%), persistiendo solo en una pequeño porcentaje de las mujeres.

Algunos determinantes que han sido asociados a la progresión de las lesiones son: tipo viral y variaciones intra tipo de VPH de alto riesgo, integración del genoma viral al celular y probablemente la carga viral. Otros factores adicionales incluyen la paridad alta, tabaquismo y dieta pobre en vitaminas y minerales. Muchos tipos de VPH inducen solamente lesiones productivas y no se asocian a cáncer humano. En dichas lesiones, la expresión de los productos de los genes virales se encuentra cuidadosamente controlada, de modo que las proteínas virales se expresan en momentos definidos y en cantidades controladas a medida que la célula infectada migra hacia la superficie epitelial. (Marcela Lizano-Soberón, 2009, pág. 207)

Los eventos que dan lugar a la producción de partículas virales en las capas superiores del epitelio, parecen ser comunes tanto en virus de alto como de bajo riesgo oncogénico. De esta manera, el cáncer es una consecuencia poco frecuente de la infección por VPH y los eventos iniciales que conducen a la transformación maligna por virus oncogénicos no están del todo determinados. Una posibilidad es que la zona de transformación del cérvix es un sitio del epitelio donde los VPH de alto riesgo no logran regular apropiadamente su ciclo productivo; por lo tanto, la variación tanto en el nivel de expresión de las

proteínas virales, como del momento en que esta expresión ocurre, puede repercutir en el desarrollo de cánceres en estos sitios. (Marcela Lizano-Soberón, 2009, pág. 207)

Después de una infección natural solo la mitad de las mujeres desarrollan anticuerpos contra VPH detectables, los cuales probablemente no son protectores. Los VPH infectan el epitelio cervical sin entrar en la circulación, por lo que las partículas no se exponen eficazmente al sistema inmune. Como resultado, la vigilancia inmunológica típica, que involucra el tráfico de células especializadas desde el sitio de la infección hasta órganos linfoides secundarios, se encuentra limitada o abatida. Una vez dentro de la célula, la partícula del papiloma virus puede utilizar múltiples mecanismos para abatir la respuesta inmune que es necesaria para la eliminación de la infección. Los papilomas virus humanos también pueden alojarse de forma latente en las células epiteliales, evadiendo la detección por el sistema inmune y permitiendo una reactivación futura. Actualmente, solo hay evidencias indirectas de las infecciones latentes de VPH en humanos, pero se especula que aun cuando el VPH no pueda ser detectado en una muestra en un momento dado, permanece la posibilidad de que el virus se encuentre en forma latente. La reactivación de infecciones latentes de VPH se ha reportado en pacientes inmunocomprometidos. La historia natural del cáncer cérvico uterino implica la progresión gradual de una serie de etapas secuenciales en que las células del cérvix presentan ciertas anomalías histológicas conocidas como Neoplasia Intraepitelial Cervical. La infección por el virus de papiloma humano se puede clasificar en: primero una infección latente, que se caracteriza por la existencia de VPH en las células o tejidos que son aparentemente normales y sin ninguna manifestación de enfermedad. Posteriormente la infección subclínica se manifiesta por cambios microscópicos en el epitelio cervical (coilocitos, displasias) asociándose a la infección con VPH y una posible lesión premaligna. Finalmente la infección clínica se manifiesta por la aparición de tumores visibles y es en esta etapa donde podemos encontrar gran cantidad de tejido positivo para VPH. (Marcela Lizano-Soberón, 2009, pág. 208)

### **1.3. VIROLOGÍA**

Las partículas virales están compuestas por una cápside proteica, conformada en un 95% por la proteína L1 y en un 5% por la proteína L2, las cuales se ensamblan para formar capsómeros icosaédricos (Negrín, 2009, pág. 3)

Los HPV son estructuras icosaédricas de 55 micras de diámetro con un núcleo central denso de DNA, una cápsula proteínica que le rodea y un peso molecular de aproximadamente  $5 \times 10^6$  daltons. El DNA del HPV es de doble cadena y se presenta en forma de círculo cerrado, con 800 pares de bases. Son virus epitelio trópicos, infectan los núcleos de las células epiteliales. Dentro del núcleo, el DNA del HPV se encuentra como episoma, o sea una estructura próxima no integrada al DNA de la célula huésped (VARGAS-HERNANDEZ, 1996, pág. 2)

Su estructura, es compartida por los más de 100 tipos secuenciados hasta la fecha y consta de varios genes u “open reading frames” (ORF) de dos tipos diferentes: hasta 8 genes de expresión temprana o “early” (E1-E8), cuya expresión se traduce en proteínas implicadas en la regulación y replicación viral, y 2 genes de expresión tardía o “late” (L1, L2) cuya expresión genera las proteínas para el ensamblaje de la cubierta viral, la cápside. Una región de control, denominada “long control region” (LCR), será la encargada de controlar la expresión de los genes tempranos E6 y E7. Mientras que los genes de expresión temprana difieren notablemente en su secuencia entre los diferentes tipos de VPH, los genes de expresión tardía presentan notables similitudes entre ellos. Esta peculiaridad convertirá a estos genes, especialmente a L1, en la diana principal de la detección. (Dr. Luis M. Puig-Tintoré, 2002, pág. 10)

### **1.4. CICLO VITAL**

El ciclo de los VPH está estrechamente relacionado al crecimiento y diferenciación de las células epiteliales hospederas. El VPH inicia su ciclo productivo infectando a las células poco diferenciadas de las capas basales del epitelio, donde inicia la transcripción de sus genes. El modo en que el VPH alcanza las células de los estratos bajos del epitelio es a través de lesiones, micro-heridas y abrasiones del tejido. El virus se une a su célula blanco a través de un receptor de membrana, la molécula  $\alpha 6$ -Integrina. Una vez ocurrida

la infección el virus se establece dentro del núcleo de las células basales. El DNA viral permanece en estado episomal (circular) fuera de los cromosomas del hospedero, replicándose a niveles muy bajos en coordinación con la división celular. Cuando las células infectadas se diferencian y migran desde la capa basal hacia el estrato espinoso del epitelio, la replicación viral se estimula, produciendo la acumulación de viriones dentro del núcleo. El análisis de las moléculas de ARN mensajero viral durante las diferentes etapas de diferenciación de las células infectadas demuestra que la expresión de los genes tempranos ocurre a lo largo de todos los estratos epiteliales, sin embargo la expresión de los genes tardíos se observa únicamente en los queratinocitos totalmente diferenciados de los estratos más superficiales, donde también ocurre el ensamblado de las cápsidas virales que dan lugar a la formación de viriones, que siguen fases bien definidas pero variables en la infección transitoria y en el desarrollo de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino. Los VPH no presentan una fase lítica, por lo tanto se valen de las características propias de las células que los albergan para propagar su progenie, la cual es liberada cuando las células terminales del estrato corneo sufren un proceso de descamación. Estas anomalías tempranas en el ciclo viral pueden desencadenar el desarrollo de lesiones NIC o del CCU. (Negrín, 2009)

### **1.5. TIPOS DE VPH**

Estos se puede clasificar en dos grandes grupos: aquellos que infectan la piel o la superficie cutánea, y aquellos que infectan las mucosas escamosas húmedas internas, que correspondería a los que se transmiten sexualmente. En este segundo grupo, se puede establecer otra división: aquellos que son de bajo riesgo, que correspondería a los que solo provocan verrugas o lesiones benignas; y aquellos de alto riesgo, que corresponderían a los que tienen un carácter oncogénico y se asocian con cánceres o lesiones precursoras de cáncer. En la actualidad la clasificación de VPH está determinada por la caracterización del genoma.

A los nuevos tipos de VPH que se descubren se les otorga un número, mientras que a los subtipos se les asigna letras; ambos procesos se realizan con una lógica cronológica respecto de su hallazgo. De los diferentes tipos de



VPH identificados, sobre treinta se transmiten sexualmente. De estos, se ha determinado que existen aproximadamente quince tipos de VPH que tendrían carácter oncogénico, de los cuales los tipos 16 y 18 serían los más prevalentes, hallándose en sobre el 70% de los casos de CaCu del mundo, aunque con variabilidad geográfica. Esto se debe a la capacidad de generar Neoplasias Intraepiteliales. A estos tipos oncogénicos, se pueden agregar los VPH 26, 68 y 73, 31, 33, 35, 52, 58, 39, 45, 59, 56, 66 y 51. De los serotipos denominados de bajo riesgo es decir, no oncogénicos los más prevalentes son los VPH 6 y 11, los cuales serían responsables de aproximadamente el 90% de las verrugas genitales, a los que se suman los tipos: 32, 40, 42, 43, 44,53, 54, 61, 62, 67, 70, 71, 72,10 81, 83, 84, 85 y 89. (Carstens, 2012, pág. 19)

### **1.6. MODO DE TRANSMISIÓN**

El VPH se contagia por contacto directo con la piel que está infectada con el virus. Cuando se produce el VPH en el área genital, puede ser transmitido sexualmente. Además del contacto de piel a piel con el pene, el escroto, la vagina, la vulva o el ano. No hay evidencia esclarecida de otras formas de contagio como son: instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados y juguetes sexuales. Otra forma de contagio, es de la madre al niño durante el parto en los casos que existen verrugas genitales en el canal vaginal. En estos casos puede producirse en el niño un cuadro denominado papilomatosis laríngea. Este tipo de transmisión del virus es poco común y se previene practicando una cesárea en el momento del parto

### **1.7. EPIDEMIOLOGÍA**

La infección por VPH es la más frecuente de las afecciones transmitidas sexualmente: se calcula que aproximadamente 20 millones de individuos están infectados en Estados Unidos, con 5,5 millones de infecciones nuevas cada año en mujeres que tienen citologías absolutamente normales. Los estudios han demostrado que la prevalencia del VPH en poblaciones del mismo grupo etario, es incluso veinte veces mayor en países en desarrollo en relación con los países desarrollados. Así, se estima que aproximadamente el 50% de las personas iniciadas sexualmente, se infectarán con VPH en algún momento de sus vidas; incluso hay estudios que aseveran que el 80% de las mujeres habrán sido infectadas por VPH antes de los 50 años (Carstens, 2012, pág. 20)

Los datos estadísticos nos muestran que el cáncer de cuello de útero es el segundo tumor con mayor frecuencia en mujeres a nivel mundial; Se calcula que cada año se producen más de 500.000 casos nuevos de cáncer del cuello uterino y se producen cerca de unas 280.000 muertes a causa de este. (Manuel Rodríguez Rodríguez, 2008)

En el Ecuador Según datos estadísticos del INEC del año 2010, indica que cada año se presentan alrededor de 1200 nuevos casos del virus del Papiloma Humano y 300 muertes producidas por este. Además el Ecuador consta como el país número 52 en tener mayor número de casos de cáncer, sin embargo cuando se trata del cáncer de cuello del útero es el décimo país con mayor incidencia (Carrión, 2012, pág. 2). En la provincia de Loja en el año 2015 se han confirmado 88 casos de hpv

### **1.8. FACTORES DE RIESGO**

- Promiscuidad. Hay una gran ligadura entre el número de parejas que han tenido tanto la mujer como su pareja a lo largo de su vida y la adquisición del VPH.
- Actividad sexual a edad temprana.
- Tener historial de haber adquiridas otras enfermedades por transmisión sexual.
- Pareja sexual con cáncer de cérvix o de pene.
- Edad. La infección es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, de 18 a 30 años de edad, luego de los 30 años decrece la prevalencia. El CaCu es más frecuente después de los 35 años, lo que sugiere infección a temprana edad y progresión lenta a cáncer.
- Falta o uso inadecuado del preservativo: El uso incorrecto del preservativo o la ausencia del uso del mismo en todas las relaciones sexuales predisponen al contagio del VPH y otras ITS (Lizano-Soberón, 2006)
- Higiene La falta de higiene es otro factor de riesgo para la prevalencia de toda clase de infecciones a causa de la retención de esmegma y fimosis, generando el acumulo de bacterias y virus en condiciones de irritación crónica. Una higiene excesiva no garantiza ni impide el contagio del VPH, pero si disminuye en un porcentaje considerable las infecciones

- Alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y abuso de medicamentos: en el ámbito científico está comprobado que el hábito de fumar o tomar bebidas alcohólicas, tienen un efecto que favorece la infección de VPH. Ejemplo de ello es el efecto nocivo del abuso en el consumo de alcohol que produce determinadas sustancias que actúan como oxidantes, elementos cuya acción forma parte un mecanismo importante en la inducción de transformaciones malignas celulares. El hábito de fumar tiene un efecto nocivo en las secreciones vaginales, sobre todo en el epitelio del canal endocervical en donde es el reservorio del virus del papiloma, generando la inoculación con mayor facilidad en un ambiente óptimo. También el uso de medicamentos o consumo de drogas que provocan la depresión del sistema inmunológico predisponen al desarrollo del cáncer ano genital y del cuello uterino
- Bajo nivel socio económico ya que se dice que estas tienen menor acceso a sistemas de salud y cribado. (Leticia Hernández-Carreño, 2012)

## **2. PREVENCIÓN**

### **2.1. MEDIDAS GENERALES**

La prevención del contagio de hpv no en su totalidad pero si en su gran mayoría se lograra mediante la monogamia, la Incorporación de la educación sexual en las escuelas de manera seria y responsable, Utilizar un lenguaje claro y preciso en temas de sexo, especialmente accesible y asequible para los individuos en mayor riesgo de exposición: adolescentes, homosexuales, prostitución y toxicómanos. Facilitar a las personas todos los elementos que proporcionen una mayor seguridad durante las relaciones sexuales como preservativos de látex.

### **2.2. INMUNIZACIÓN**

Aunque la mayoría de las vacunas antivirales se basan en el uso de viriones para inducir anticuerpos anti-viriones, es difícil producir cantidades adecuadas de viriones VPH en cultivos celulares para inducir una respuesta adecuada en el huésped. Además, debido a que los viriones VPH contienen ADN

oncogénico, el uso de estos viriones VPH atenuados es considerado como una estrategia de demasiado peligrosa para el desarrollo de la vacuna VPH. El desarrollo de las vacunas VPH se aceleró de forma importante cuando a principios de los años 90 se descubrió la elaboración de las partículas semivirales o partículas similares al virus. Así tenemos que los papiloma virus (PVs) codifican dos proteínas estructurales de la cápside. La L1 es la proteína mayor, de la cual cada partícula tiene 360 copias y se estructura en pentámeros. La L2 es la proteína menor y cada partícula tiene 12 copias y se estructura en el centro del pentámero formado por las L1. El fundamento básico de la vacuna de VLPs es que cuando las proteínas L1 son expuestas entre ellas, mediante expresión en cultivos de células eucariotas, tienen la característica de auto ensamblarse, formando unas estructuras tridimensionales vacías que se han denominado VLPs. Las VLPs son morfológicamente idénticas a los viriones VPH nativos, siendo la única diferencia la falta de material genético del virus. Las VLPs purificadas se utilizan como antígenos y resultan ser altamente inmunogénicas cuando son presentadas al sistema inmunitario. Al mismo tiempo, al no contener material genético, no tienen el potencial para causar infección en el huésped.

### **2.2.1. VACUNA TETRAVALENTE**

Es una vacuna tetravalente recombinante, producida mediante el ensamblaje, por ingeniería genética de las VLP, conformadas por las proteínas L1 de las cápsulas del papiloma virus humanos de tipo 6, 11, 16 y 18. Cada dosis tiene un volumen de 0,5 ml y contiene 20 µg, 40 µg, 40 µg, 20 µg de la proteína L1 de los tipos de VPH 6, 11,16 y 18 respectivamente. La vacuna tiene un periodo de validez de 3 años almacenada entre 2 y 8° C. La administración de la vacuna es intramuscular. El esquema de vacunación consta de tres dosis administradas de acuerdo a la siguiente esquema: 0, 2 y 6 meses.

De acuerdo con la ficha técnica. La indicación está basada en la demostración de eficacia en mujeres adultas de edades establecidas entre los 16-26 años de edad y en la demostración de inmunogenicidad de niños/as y adolescentes (de género masculino y femenino) de 9- 15 años. La vacuna no debe aplicarse a

niños menores de 9 años ni tampoco en aquellos sujetos con la respuesta inmune alterada. La eficacia protectora no ha sido evaluada en hombres.

Gardasil sólo protege contra la enfermedad causada por los VPH vacunales, no se ha demostrado que proteja frente a VPH no vacunales. La vacuna no está indicada para el tratamiento de cáncer cervical, ni para el tratamiento de las displasias CIN 2/3, VIN 2/3 o verrugas genitales puesto que no tiene efectividad terapéutica. (Vacunaciones, 2007, pág. 30)

### **2.2.2. VACUNA BIVALENTE**

Esta vacuna ha sido desarrollada para prevenir la enfermedad causada por los tipos 16 y 18 del virus del papiloma humano. Es una vacuna recombinante formada por partículas VLP tipo L1 de la cápside del papiloma virus humanos de tipo 16 y 18. La vacuna contiene 500 µg de hidróxido de aluminio y 50 µg de monofosforil lípido A 3-desacilado (MPL) con el objetivo de inducir una respuesta inmunitaria más potente y duradera. De la misma forma que la anterior vacuna, al no contener material genético, no tiene la capacidad de causar infección en el huésped. Cada dosis tiene un volumen de 0.5 ml y contiene 20 µg de la proteína L1 de cada uno los tipos de VPH vacúnalas. Su periodo de validez es de 3 años almacenado entre 2 y 8°C. La administración de la vacuna es intramuscular. El esquema de vacunación consiste en tres dosis administradas de acuerdo a la siguiente posología: 0, 1, 6 meses.

A pesar de las medidas específicas en las campañas de vacunación que recomiendan vacunar a mujeres antes de la iniciación sexual que responden a las lógicas de costo beneficio que predominan en el área de la salud pública se podría administrar la vacuna en mujeres mayores de 26 años, aunque la respuesta inmunitaria es menor a medida que aumenta la edad, el nivel de anticuerpos es tan alto que probablemente la eficacia en este grupo de mujeres sea baja. También se podría vacunar a mujeres con citología anormal, test del VPH positivo y condilomas genitales. La mujer que cumple estos criterios no está infectada por los cuatro tipos virales que incluye la vacuna tetravalente, por tanto la vacunación puede aportar protección adicional contra los tipos no adquiridos (Carstens, 2012, pág. 46)

### **3. PRINCIPALES PATOLOGÍAS**

#### **3.1. CONDILOMA ACUMINADO**

El condiloma acuminado varía en tamaño, desde una cabeza de alfiler hasta grandes masas similares a una coliflor. La superficie es papiliforme, de color rosado o blanco. Las verrugas individuales pueden ser sésiles o pediculadas, tienden a crecer en hileras que pueden unirse y formar casi toda una capa alrededor del área genital. Debido a la humedad y calor en la región, las verrugas pueden producir un exudado irritante de olor desagradable; las verrugas son frágiles y pueden sangrar. Se ha observado que estas características se acentúan en el paciente con VIH ya que presentan lesiones friables, muy vascularizadas y de crecimiento rápido. A nivel microscópico, las verrugas sin displasia muestran acantosis y papilomatosis de la epidermis, hiperplasia de células espinosas, Paraqueratosis, vacuolización perinuclear de las células intermedias y superficiales, y núcleos sin atipias; infiltrado inflamatorio crónico dérmico. El alto grado de displasia puede progresar a carcinoma de células escamosas. El estudio histopatológico de la biopsia determina el grado de displasia: células poligonales con núcleos grandes hipercromáticos, pérdida de la relación núcleo-citoplasma, mitosis en mayor número y citoplasma eosinófilo, sustituyen al epitelio de origen en más del 50% del espesor sin ruptura de membrana basal. (Gloria Pimentel Chagoya, 2007)

#### **3.2. NEOPLASIA DEL CUELLO UTERINO**

El cáncer de cérvix, escamoso o glandular, es el resultado final de una infección no resuelta por el virus del papiloma humano (VPH) en el 99,7 % de los casos, del que están descritos más de 100 tipos, clasificados, en función de su capacidad de producir lesiones avanzadas precancerosas en virus de alto riesgo o bajo riesgo. Existe evidencia sólida de que los VPH de alto riesgo, principalmente los tipos 16 y 18, están causalmente relacionados con el 100 % de los cánceres de cérvix (70% por VPH 16 o 18), 40 % de los cánceres de vulva, vagina, pene, ano y orofaringe. También existe evidencia de los HPV de bajo riesgo, principalmente los tipos 6 y 11, causan el 90 % de las verrugas genitales y el 90% de la papilomatosis respiratoria recurrente juvenil. (Martínez, 2015, pág. 1)

## **FACTORES DE RIESGO**

- Actividad sexual de inicio temprano.
- Múltiples parejas sexuales.
- Parejas sexuales que posean alto riesgo de desinfección de HPV.
- Antecedentes personales de ETS.
- Antecedentes personales de infección por HPV previa vulvar o cervical.
- Inmunosupresión.
- Tabaquismo en carcinoma epidermoide.

## **FISIOPATOLOGÍA**

El cérvix normal se compone de diferentes tipos de células epiteliales, el canal cervical medio y el cérvix superior están formados por epitelio columnar secretor, La vagina y el ectocérvix distal están compuestos de epitelio escamoso, estas células escamosas reemplazan las células columnares mullerianas originales cuando se forma el canal uterovaginal. La unión escamo columnar (UEC) es el punto donde las células escamosas y columnares se encuentran. Esta unión se encuentra típicamente entre el ectocérvix central y el canal cervical inferior, pero la localización varía a lo largo de la vida de la mujer, por el desarrollo fetal y la menopausia. La unión escamocolumnar original es una zona de transformación. La transformación normal de un tipo celular maduro en otro es llamada metaplasia. Cuando la metaplasia sucede, existe siempre un potencial neoplásico. En las mujeres en edad reproductiva, la UEC se mueve hacia afuera por influencia hormonal. El pH ácido vaginal provoca irritación mecánica que induce el proceso de metaplasia escamosa, resultando una nueva UEC. Esta área entre la original y la nueva UEC es conocida como la zona de transición. Las células escamosas inmaduras metaplásicas en esta zona de transformación son teóricamente las más vulnerables a neoplasia. La mayoría de los carcinomas de células escamosas se originan en la UEC. En mujeres jóvenes la UEC es localizada fuera del orificio cervical externo y el tumor tiende a crecer hacia afuera, en pacientes de mayor edad, la UEC es localizada en el canal cervical, por lo que el cáncer cervical tiende a crecer hacia adentro, a lo largo del canal cervical.

## **TIPOS HISTOLÓGICOS DE CÁNCER CERVICOUTERINO:**

La Organización Mundial de la Salud reconoce dos tipos histológicos principales de cáncer invasivo: Carcinoma de células escamosas, que constituye aproximadamente el 75% de todos los casos y el adenocarcinoma que constituye cerca del 15-25% de todos los casos. Otras formas de carcinoma como el carcinoma adenoescamoso, carcinoma adenoide quístico y carcinoma metastasica constituyen el restante 3 y 5% de casos. (dra. Nelly Chavero, 2009)

**Carcinoma de células escamosas del cérvix:** Éstos se clasifican a su vez en queratinizados o no queratinizados. Los carcinomas queratinizados pueden ser bien diferenciados o moderadamente diferenciados y están compuestos de grandes células tumorales. Los carcinomas no queratinizados (carcinomas pobremente diferenciados) pueden ser de tipo de células grandes o de células pequeñas. (dra. Nelly Chavero, 2009)

**Adenocarcinoma cervical:** Son menos frecuentes y a pesar que cada tipo es diferente histológicamente no es infrecuente que dos o más formas histológicas de adenocarcinoma se encuentren en el mismo tumor. Por lo común surgen del endocérvix, pueden ser más difíciles de detectar por inspección visual del cérvix. El tipo de adenocarcinoma más frecuentemente encontrado en el cuello uterino es el adenocarcinoma mucinosos de tipo endocervical. Estos tumores pueden infiltrar de manera profunda hacia el estroma del cérvix, muchas de las veces con extensión parametrial y metástasis a ganglios sin una destrucción importante del exocérvix. Además existen otras variaciones histológicas que incluyen el carcinoma endometriode, villoglandular, mesonéfrico seroso, tipo intestinal y en anillo de sello. (dra. Nelly Chavero, 2009)

## **PRESENTACIÓN CLÍNICA:**

Las neoplasias pre invasivas y la invasión temprana pueden ser asintomáticas, por ello es preciso el tamizaje con evaluación citológica de endocérvix y exocérvix. Algunos síntomas que se pueden encontrarse son la molestia postcoital, sangrado intermenstrual o postmenopáusico, descarga vaginal con mal olor, dispareunía, dolor pélvico que puede ser ocasionado por



contracciones uterinas provocadas por la acumulación de sangre menstrual en pacientes con oclusión del canal endocervical. El sangrado crónico leve puede ocasionar anemia en algunas pacientes. Un sangrado mayor es raro, pero se puede presentar en estadios avanzados. Se puede presentar dolor pélvico y edema de extremidades inferiores por oclusión de linfáticos o trombosis venosa de la vena iliaca externa, en casos avanzados, además problemas con la micción y defecación. Se pueden encontrarse síntomas relacionados con metástasis a distancia y constitucionales cuando esta la enfermedad muy avanzada.

#### **4. DIAGNÓSTICO**

El síntoma más frecuente en aquellas mujeres con cáncer de cuello de útero es la hemorragia vaginal. Lo más común que se observa es el sangrado poscoital, pero también se puede observar como un sangrado irregular, o postmenopáusico. Las pacientes con un ca avanzado pueden presentar una secreción vaginal mal oliente, pérdida de peso y uropatía obstructiva, en aquellas mujeres asintomáticas el hallazgo se lo realiza mediante estudios citológicos anormales.

En toda mujer con sospecha de ca de cuello uterino se le debe realizar una exploración física completa, que incluya los ganglios supraclaviculares, axilares e inguinales y femorales, para tener un descarte de enfermedad metastásica, la exploración de la pelvis se la debe realizar mediante especuloscopia inspeccionando el cuello del útero buscando áreas sospechosas, además se debe inspeccionar cuidadosamente los fórnicies vaginales.

##### **4.1. MÉTODOS CITOLÓGICOS**

- **Técnica:** Para obtener buenos resultados con la citología es requisito fundamental que la toma sea correcta, obteniendo el material directamente del endocérvix y del exocérvix. Para realizar una buena toma endocervical se usa un cepillo, que introducido en el interior del endocérvix se adapta bien el contorno de sus paredes y al rotarlo raspa su superficie. Para la toma de ectocérvix se usa una espátula de madera. La toma vaginal carece de utilidad para el cribado de las lesiones cervicales

- **Interpretación en el laboratorio:** Todos los casos positivos para lesiones malignas o sus precursoras, incluidas las atipias de origen indeterminado, deben ser revisadas por el citopatólogo. El control de calidad básicamente reside en dos pasos: el primero consiste en la lectura “rápida” realizada por otro citotecnólogo, y el segundo en la comprobación de que los porcentajes obtenidos no se apartan significativamente de los aceptados por los grupos de consenso. Es necesario insistir en que las conductas que se acepten deben estar basadas en criterios de calidad diagnóstica citológica.

- **Clasificación citológica de Bethesda:**

- Adecuación de la muestra**

Satisfactoria para evaluación

Satisfactoria para evaluación pero limitada por... (Especificar)

Insatisfactoria para evaluación... (Especificar)

- Categorización general (opcional)**

Dentro de los límites normales

Cambios celulares benignos: ver diagnóstico descriptivo

Células epiteliales anormales: ver diagnóstico descriptivo

- Diagnóstico descriptivo**

Cambios celulares benignos

- Infección**

Tricomoniasis vaginal

Candidiasis

Cocobacilos

Actinomicas

Herpes simple

Otros

## **Cambios reactivos**

Cambios celulares reactivos asociados a:

Inflamación (incluye reparación típica)

Atrofia con inflamación (vaginitis atrófica)

Radiación

DIU

Otros

## **Anormalidades celulares epiteliales**

Células escamosas

Células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS) \*

Lesión escamosa Intraepitelial de bajo grado (L-SIL): HPV\*\*/displasia leve/CIN-

Lesión escamosa Intraepitelial de alto grado (H-SIL): displasia moderada,  
grave/CIN-II/CIN-III/Carcinoma in situ

Carcinoma de células escamosas

Células glandulares

Células endometriales citológicamente benignas en mujeres postmenopáusicas

Células glandulares atípicas de significado incierto (AGUS) \*

Adenocarcinoma endocervical

Adenocarcinoma endometrial

Adenocarcinoma extrauterino

Adenocarcinoma

\*Debería calificarse, si es posible, si sugiere un proceso reactivo o premaligno/maligno. Los cambios celulares del virus del papiloma humano, antes llamados coilocitosis atípica o atipia condilomatosa, se incluyen en la categoría de L-SIL (Jonathan, 2007)

## Otras neoplasias malignas (especificar)

Evaluación hormonal

Patrón hormonal compatible con edad e historia

Patrón hormonal incompatible con edad e historia

## 4.2. MÉTODOS HISTOLÓGICOS

### • Colposcopia

El estudio con colposcopio permite la identificación de características sutiles de los epitelios, que no se pueden apreciar a simple vista, que son la expresión de cambios patológicos. La colposcopia se ha consolidado como parte fundamental del protocolo para el diagnóstico de las lesiones Intraepiteliales y el cáncer inicialmente invasivo.

**Bases histológicas:** Para entender el significado de las imágenes colposcópicas es imprescindible conocer la histología, tanto normal como patológica, ya que constituye el la base de las imágenes observadas. La luz que incide sobre el epitelio penetra a su través hasta el estroma. La coloración reflejada está en relación con la vascularización del estroma y el grosor del epitelio, que actúa como un filtro al paso de la luz. La observación de un color blanco se debe a la existencia de cambios epiteliales que impiden el paso de la luz hasta el estroma. Es un signo poco específico, ya que pueden producirlo:

- Paraqueratosis o hiperqueratosis
- Acantosis
- Aumento de densidad nuclear
- Infiltración inflamatoria del estroma.

Sin embargo, es de gran útil puesto que permite delimitar con toda precisión el área anormal.

En el proceso natural de los tumores epiteliales malignos se identifican dos fases bien establecidas. En la primera fase o intraepitelial, las células neoplásicas muestran un aumento de su densidad nuclear. El crecimiento es lento, lineal, ya que la tasa de proliferación se equilibra con la tasa de muerte

celular o apoptosis, pudiendo persistir así durante meses o años y careciendo de potencial metastático. La segunda fase, angiogénica, se origina por la expresión aumentada de factores de crecimiento del endotelio vascular, y se caracteriza por un crecimiento celular rápido, exponencial, y la capacidad de invadir y producir metástasis. La colposcopia permite diferenciar estas dos fases. La fase intraepitelial se relaciona con la observación de lesiones de color blanco, con imágenes de mosaico o punteado si los cambios epiteliales se acompañan de papilas vascularizadas del estroma. Si se afectan las glándulas se observan orificios glandulares con aros o gotas blancas. La segunda fase, angiogénica, se corresponde con la observación de una vascularización irregular o atípica que constituye un signo colposcópico de agravación bien conocido.

#### **Indicaciones de la colposcopia:**

- Diagnóstico de la citología anormal
- Mujeres VPH-AR positivas mayores de 30 años
- Exploración ginecológica en cribado a la demanda
- Cuello clínicamente sospechoso, incluso si la citología es normal
- Evaluación de lesiones de vagina, vulva y ano
- Seguimiento sin tratamiento, de mujeres seleccionadas con un diagnóstico de LSIL
- Seguimiento después del tratamiento de SIL o cáncer

#### **4.3. MÉTODOS MOLECULARES**

La mayor parte de los métodos de identificación directa de infección por VPH están basados en la detección del genoma del virus. De manera ideal, un método para la detección del ADN de VPH debe ser capaz de detectar, identificar y cuantificar los virus tipo 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81, 70 16, 18, 26, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 82 Alto riesgo. Debe además ser un método que pueda realizarse con facilidad, alta reproducibilidad y elevada especificidad y sensibilidad. Actualmente, la tecnología disponible para la detección molecular del ADN viral, consiste en sistemas de hibridación directa en soporte sólido (hibridación in situ,), hibridación en soporte líquido

(captura de híbridos) y los métodos basados en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), utilizando oligonucleótidos sintéticos. (Vacunaciones, 2007)

## 5. ESTADIFICACIÓN

El cáncer de cuello de útero es una patología de Estadificación clínica. El sistema de clasificación de la FIGO es el que actualmente se usa de forma convencional para todos los tipos histológicos de cánceres de cuello de útero.

<b>ESTADIFICACIÓN DE LA FIGO DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO</b>			
<b>ESTADIFICACIÓN</b>		<b>CARACTERÍSTICAS</b>	
<b>Carcinoma preinvasor</b>			
<b>0</b>			Carcinoma in situ, carcinoma Intraepitelial ( no se debe incluir en las estadísticas terapéuticas los casos en estadio 0)
<b>Carcinoma invasor</b>			
<b>I</b>			Carcinoma estrictamente confinado al cuello del útero ( no debe considerarse la extensión del cuerpo uterino)
	la		Carcinomas preclínicos del cuello del útero, esto es, aquellos diagnosticados solamente mediante microscopia.
		la1	Lesión menor o igual que 3 mm de invasión
		la2	Lesión detectada microscópicamente, que puede medirse. El límite superior de la medida debe mostrar una profundidad de invasión entre 3-5 mm tomada desde la base del epitelio, de superficie o glandular, desde el que se origina: y una segunda dimensión, la desimetrización horizontal, no debe exceder los 7 mm.
	lb		Lesión invasiva mayor a 5 mm
		lb1	Lesión menor o igual que 4 cm

		Ib2	Lesiones mayor a 4 cm
<b>II</b>			El carcinoma se extiende más allá del cuello del útero, pero no alcanza la pared
<b>El carcinoma afecta a la vagina, pero no a su tercio inferior</b>			
	Ila		Ausencia de afección parametrial obvia
	Ilb		Afección parametrial obvia
<b>III</b>			El carcinoma se a extendido a la pared pélvica. En la exploración rectal no hay espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared de la pelvis, el tumor afecta al tercio inferior de la vagina, todos los casos con hidronefrosis o riñones no funcionantes.
	IIIa		Ausencia de extensión a la pared pélvica
	IIIb		Extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o riñones no funcionantes.
<b>IV</b>			El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o afectado clínicamente a la mucosa de la vagina o el recto. El edema bulloso.
	IVa		Diseminación a órganos adyacentes
	IVb		Diseminación a órganos distantes
<b>Fuente: Ginecología de Novak. 14° edición, 2007</b>			

Varios autores han utilizado la linfangiografía, TAC, ecografía, RM, PET, para intentar mejorar la precisión de la Estadificación clínica, pero en general esta tiene una menor sensibilidad y una mayor tasa de falsos negativos, el estudio de los vasos linfáticos para aórticos con linfangiografía tienen una tasa de falsos positivos del 20 a 40 % y una de falsos negativos del 10 al 20%, en

general tiene una sensibilidad del 79% y una especificidad del 73%, la tac tiene una sensibilidad del 34% y una especificidad del 97% con una tasa de falsos negativos del 10 al 15%, una tasa de falsos positivos de 20 al 25%. (Jonathan, 2007)

PROCEDIMIENTOS DE ESTADIFICACION	
<b>Exploración física</b>	Palpar los ganglios linfáticos
	Explorar la vagina
	Exploración recto vaginal bimanual
<b>Estudios radiológicos</b>	Pielografía intravenosa
	Enema de bario
	Radiografía de tórax
	Radiografía ósea
<b>Procedimientos</b>	Biopsia
	Conización
	Histeroscopia
	Colposcopia
	Legrado endocervical
	Cistoscopia
	Proctoscopia
<b>Estudios opcionales</b>	TAC
	Linfangiografía
	Ecografía
	Resonancia magnética
	Tomografía de emisión de positrones



Gammagrafía

Laparoscopia

Fuente: Ginecología de Novak. 14° edición, 2007

## 6. TRATAMIENTO

La terapéutica de la neoplasia de cuello de útero se la realiza de acuerdo al estadio en el que se encuentra ésta, en el cuadro inferior se muestra la terapéutica de las neoplasias de cuello de útero de acuerdo al estadio.

<b>TRATAMIENTO DEL CA DE CUELLO DE UTERO INVASOR</b>		
<b>la1</b>	Invasión menor o igual que 3 mm, ausencia de invasión linfovascular	Conización o histerectomía tipo I
	Invasión menor o igual que 3 mm, con invasión linfovascular	Traquelectomía radical o histerectomía radical tipo II, con extirpación de ganglios pélvicos.
<b>la2</b>	Invasión entre 3-5 mm	Traquelectomía radical o histerectomía radical tipo II, con linfadenectomía pélvica.
<b>lb1</b>	Invasión mayor a 5 mm, menor a 2 cm	Traquelectomía radical o histerectomía radical tipo III, con linfadenectomía pélvica.
<b>lb2</b>	Invasión mayor a 5 mm, mayor a 2 cm	Histerectomía radical tipo III, con linfadenectomía pélvica.
	Invasión mayor a 5 mm	Histerectomía radical tipo III, con linfadenectomía pélvica, paraaórtica, o quimiorradiación primaria.

<b>IIa</b>		Histerectomía radical tipo III, con linfadenectomía pélvica, paraaórtica, o quimiorradiación primaria.
<b>IIb,IIIa,IIIb</b>		quimiorradiación primaria
<b>IVa</b>		quimiorradiación primaria o evisceración primaria
<b>IVb</b>		Quimioterapia primaria mas radioterapia.
<b>Fuente: Ginecología de Novak. 14° edición, 2007</b>		

**CONIZACIÓN DEL CUELLO UTERINO:** este sirve como diagnóstico y como tratamiento del Ca de cuello de útero. Este procedimiento está indicado para el diagnóstico de cáncer y tratar la enfermedad en forma definitiva en estadio Ia1, para preservar la fertilidad, para que esta terapéutica sea eficaz no debe haber invasión del espacio linfo-vascular, y los márgenes endocervicales, los hallazgos del legrado deben ser negativos para Ca y displasias. Si los márgenes endocervicales o la biopsia son positivos para malignidad será necesario un tratamiento posterior. (Jonathan, 2007)

**a) CIRUGÍA:**

La cirugía es una de las alternativas terapéuticas sobre todo en aquellas mujeres jóvenes es las que es sumamente importante conservar los ovarios, más de un 8% de las mujeres tratadas con radioterapia aparecen trastornos vesicales o intestinales que necesitan intervenciones médicas o quirúrgicas, estas son difíciles de tratar debido a que son consecuencia de la fibrosis y de la disminución de la vascularización, al contrario que las lesiones quirúrgicas son más fácil de reparar y no presentan complicaciones a largo plazo. Tras el tratamiento quirúrgico es menos posible que aparezcan complicaciones sexuales como se presentan en el tratamiento mediante radioterapia.

- **Histerectomía simple:** la histerectomía tipo uno es un tratamiento adecuado en pacientes con tumores en estadio Ia1 sin invasión del espacio linfo-vascular y que no desea conservar la fertilidad, en estos casos no se recomienda la

linfadenectomía. Si se encuentra invasión del espacio linfo-vascular la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica es un tratamiento efectivo y el más indicado.

- **Histerectomía radical:** la histerectomía descrita por Meigs en 1944 incluye la disección de los ganglios pélvicos con la extirpación de la mayor parte de los ligamentos uterosacros y cardinales, y del tercio superior de la vagina, y se la denomina histerectomía radical tipo III.

La histerectomía descrita por Wertheim es menos amplia que la radical extirpando la mitad de los ligamentos cardinales y uterosacros, denominándose histerectomía radical modificada o tipo II, la cirugía original de Wertheim no incluía la resección de los ganglios linfáticos pélvicos, sino solamente aquellos que se encontraban aumentados de tamaño, y se distingue de la tipo III en lo siguiente

- a. La arteria uterina se secciona a nivel del uréter, evitando así la rama ureteral que se dirige a este.
- b. El ligamento cardinal no se secciona cerca de la pared de la pelvis, si no que se corta en su porción media, cerca de la disección ureteral
- c. El ligamento vesico uterino anterior se secciona quedando el posterior intacto
- d. Se extirpa una pequeña parte de la vagina.

**Traquelectomía radical:** se la usa en mujeres con estadios Ia2 y Ib1 que desean conservar el útero y la fertilidad, este proceso se lo puede realizar por vía abdominal o vaginal, se acompaña de linfadenectomía pélvica y la colocación de un cerclaje cervical, el riesgo de encontrar ganglios linfáticos pélvicos positivos en el Ca de estadio Ia2 puede ser hasta del 8% por lo que es necesario realizar la linfadenectomía. La experiencia con este tipo de tratamiento es limitada y no está bien esclarecido si los resultados a largo plazo son similares al tratamiento convencional. Las candidatas idóneas para este tipo de tratamiento son aquellas con tumores de menos de 2 cm de diámetro, ganglios negativos y sin afección del espacio linfo-vascular. (Jonathan, 2007)

- **Evisceración:** existen tres tipos de intervenciones eviscerativas:

1. Anterior: extirpación de la vejiga, vagina, cuello del útero y útero
2. Posterior: extirpación del recto, vagina, cuello del útero y útero
3. Completa: extirpación de la vejiga, recto, vagina, cuello del útero y útero

La evisceración completa que incluya una gran fase perineal incluirá todo el recto y dejara a la paciente con una colostomía permanente, así como con un conducto urinario. En pacientes que son escogidas, la evisceración completa puede realizarse por encima del musculo elevador, dejando un muñón rectal que pueda anastomosarse al sigma evitando así la colostomía definitiva.

## **b) RADIOTERAPIA**

Se utiliza para tratar todos los estadios de cáncer de cuello uterino, con una tasa de curación del 70% en el estadio I, en el 60% en el estadio II, del 45% en el estadio III, del 18% en el estadio IV.

Los tratamientos iniciales de radioterapia consisten en una combinación de radioterapia externa para tratar los ganglios linfáticos regionales reducir el tamaño tumoral, y braquiterapia con aplicadores intra-cavitarios o implantes intersticiales para brindar una mayor dosis al tumor central. El tratamiento intra-cavitario solamente se puede usar en aquellas pacientes con enfermedad precoz, en las que la metástasis en ganglios linfáticos es insignificante. La secuencia del tratamiento generalmente depende del tamaño del tumor. Las lesiones de estadio Ib menores de dos cm se pueden iniciar con una fuente intra-cavitaria para iniciar tratando la enfermedad primaria, seguido de un tratamiento externo para los ganglios linfáticos pélvicos. Las lesiones mayores primero requieren tratamiento externo para disminuir el volumen tumoral y disminuir las alteraciones anatómicas provocadas por este, esto permite que el médico tratante consiga una mejor dosimetría intra-cavitaria.

Un método nuevo es la llamada radioterapia de intensidad modulada, esta técnica usa algoritmos generados por ordenador para distinguir con mayor precisión el volumen diana de tratamiento del tejido normal. La intensidad de la fuente de radiación se modula para optimizar el aporte de radiación al volumen de tratamiento especificado separando los tejidos adyacentes normales. Loes

resultados aportan un tratamiento más preciso al tumor con menor toxicidad. (Jonathan, 2007)

### **c) QUIMIORRADIACIÓN**

El concepto de quimiorradiación encierra los beneficios de la quimioterapia sistémica con los de la radioterapia local. Se ha observado que el uso de la quimioterapia para sensibilizar las células a la radiación mejora el control locorregional.

### **d) QUIMIOTERAPIA**

En el cáncer de cuello de útero avanzado se ha realizado estudios con el tratamiento a base de quimioterapia, teniendo resultados variables el tratamiento quimioterápico estándar para la enfermedad avanzada ha sido la quimioterapia. Los fármacos activos son el cisplatino, carboplatino, paclitaxel, ifosfamida, pero las tasas de respuesta solo son del 10% al 20% con una mediana de duración de 4 a 6 meses. Además hay que tener en cuenta que de acuerdo a diversos estudios las terapéuticas combinadas ofrecen tasas de respuestas mejores y supervivencias discretamente superiores, pero también mayor toxicidad. (Jonathan, 2007)

## **TRATAMIENTO DEL CONDILOMA ACUMINADO**

### **TERAPIAS APLICADAS POR EL MÉDICO**

**Podofilina:** (10-25%). Es un agente antimitótico que destruye las verrugas induciendo su necrosis. Es uno de los tratamientos más antiguos que se conocen. Esta puede ser aplicada a verrugas únicas, pero no reduce el riesgo de absorción sistémica lo cual puede conllevar a una serie de efectos adversos que incluyen supresión de médula ósea, disfunción hepatocelular, compromiso neurológico, alucinaciones, dolor abdominal agudo, por estas razones algunos autores han recomendado el abandono de su práctica. (Gerardo González Martínez, 2015)

**Ácido tricloroacético** (80-90%). Es recomendado para el tratamiento de las verrugas vaginales y anales. Este agente destruye la verruga por coagulación de sus proteínas a través de una inducción química. El tratamiento no es

específico por lo cual puede producir daño a todo tejido que este en contacto. Deberá ser usada una técnica cuidadosa de aplicación debido a que esta solución es de viscosidad más baja comparada con el agua y por lo tanto se esparce rápidamente. Una solución a este problema es crear una barrera con gel de petrolato o ungüento de lidocaína con el fin de evitar que el líquido se esparza a zonas de tejido sano. Una técnica es utilizar un aplicador con punta de algodón, mojarla con la solución y aplicar el agente a la verruga tratando de evitar el tejido sano circundante. Debe asegurarse que toda la solución se haya secado completamente antes de que la paciente se vista. Debido a que la sensación de ardor es más intensa durante el secado. Por último si algo de la solución se derrama en otros tejidos, esta puede ser neutralizada con jabón o bicarbonato de sodio. El exceso de material aplicado a la verruga puede ser absorbido con talco, bicarbonato de sodio o jabón líquido. (Gerardo González Martínez, 2015)

**Terapia quirúrgica.** Las verrugas perianales cuyo pedúnculo es delgado pueden ser extirpadas a través de una incisión tangencial bien sea con tijera o bisturí, separando la base de la verruga de la capa superior de la dermis de la piel. Esta es una técnica segura y efectiva. La hemostasia es fácilmente lograda con presión, nitrato de plata o solución de Monsel (subsulfato férrico). Alternativamente se puede utilizar láser de CO<sub>2</sub> o electrocauterio (asa de LEEP) para disecar la verruga. Después que el anestésico local es aplicado, la verruga puede ser destruida con electrocauterio, pero se debe prestar atención para limitar la profundidad de la destrucción para evitar cicatrices y futuros problemas como vulvodinia o síndromes de hiperestesia. La ablación quirúrgica con láser de CO<sub>2</sub> es también altamente efectiva pero generalmente se reserva para lesiones extensas y aquellas que han demostrado ser resistentes a otras terapias. La crioterapia es una técnica que destruye la verruga por congelamiento del agua dentro de la mitocondria. La crioterapia con nitrógeno líquido es recomendada para las verrugas vaginales, verrugas localizadas en el meato uretral y verrugas anales. Con esta terapia de citólisis inducida, la licuefacción y destrucción de la verruga puede tomar días o semanas. La aplicación cuidadosa del nitrógeno líquido o una apropiada selección de criosondas es importante para evitar la destrucción del tejido sano que rodea a

la verruga. Es común la aparición de dolor después de la aplicación y puede ser reducido con la aplicación de un anestésico tópico local antes de congelar la verruga. La anestesia inyectada puede ser útil para lesiones grandes y/o extensas. El tratamiento puede ser repetido cada 1 a 2 semanas, dependiendo de la respuesta individual al tratamiento. El permitir un tiempo adecuado entre cada aplicación de la terapia ayuda a prevenir las cicatrices hipertróficas de la zona tratada. Para lesiones externas el tratar solo una porción de las lesiones a la vez puede reducir la severidad de los efectos colaterales. (Gerardo González Martínez, 2015)

### **TERAPIAS APLICADAS POR LA PACIENTE**

**Podofilox:** Al igual que la Podofilina, Podofilox (Condylox™) es una droga antimetabólica que destruye a las verrugas induciendo su necrosis. Está disponible como solución que se aplica con los dedos o con un Q-tips. Las aplicaciones se realizan dos veces al día por tres días consecutivos seguido por cuatro días sin tratamiento por un total de cuatro ciclos. Aplican las mismas restricciones a la terapia con Podofilina tal como no usarla en un volumen que exceda los 0,5 ml/por día y limitando el área a tratar a 10 cm<sup>2</sup>. El área deberá ser lavada seis a ocho horas después del tratamiento. Puede desarrollarse dolor local moderado o ulceración local. Su seguridad durante el embarazo no ha sido comprobada y por lo tanto se aconseja el uso de un método anticonceptivo efectivo. (Gerardo González Martínez, 2015)

**Imiquimod (5%):** Es un inmunomodulador que estimula la producción local de citoquinas que destruyen las células infectadas por el VPH. La droga se aplica a las verrugas una vez al día antes de acostarse en días alternos para un total de tres dosis en un periodo de siete días. El régimen puede ser repetido hasta que las lesiones desaparezcan pero por no más de 16 semanas. El área tratada deberá ser lavada con agua y jabón después de 6 a 10 horas después de la aplicación del medicamento. Debido a que Imiquimod está mezclado en un vehículo basado en petrolato, se deberán evitar los condones de látex y los diafragmas vaginales durante su uso. Las parejas deberán esperar hasta que el ungüento sea lavado o deberán usar condones fabricados con polipropileno o

poliuretano. está indicado para el tratamiento de las VGE y perianales en pacientes mayores de 12 años. (Gerardo González Martínez, 2015)

**Sinecatequinas (Polifenon E):** Es un extracto estandarizado de las hojas del té verde (*Camellia sinensis*). La epigalocatequina galato es la catequina más importante e interviene en múltiples vías de señalización celulares, activando la vía de las caspasas, regulando la expresión de Bcl-2 e inhibiendo la Telomerasa-1. Mediante estos mecanismos se consigue inhibir el ciclo celular, activar la apoptosis, inhibir la transcripción del VPH y activar la inmunidad celular. Al combinar todas estas actividades se eliminan tanto las células clínicamente afectadas así como también aquellas con infección subclínica. Las sinecatequinas en crema al 15% han sido aprobadas en los Estados Unidos para el tratamiento de las verrugas anogenitales externas (Veregen™). La posología es de 3 aplicaciones diarias durante un máximo de 16 semanas. El efecto del fármaco se empieza a observar clínicamente aproximadamente a partir de la tercera semana de tratamiento, y es más evidente a partir de la cuarta o sexta semana. Los signos y síntomas locales son los efectos indeseados más frecuentes (80%), sobre todo el eritema y el prurito, y se manifiestan a partir de la segunda o tercera semana de tratamiento. Pese al alto porcentaje de reacciones, estas son bien toleradas (Gerardo González Martínez, 2015)

**Terapia fotodinámica:** La terapia fotodinámica (TFD) con ácido 5-aminolevulinico (AAL) es una técnica relativamente reciente para el tratamiento de las VGE. Se basa en la respuesta inmunitaria que se produce tras la destrucción tisular inducida por una reacción fototóxica. Se ha observado que el ácido 5-aminolevulínico (ALA) se acumula en mayor cantidad en las células infectadas por el VPH que en la piel normal adyacente. Se ha propuesto como una opción para aquellas lesiones rebeldes al tratamiento, o en aquellos casos en los que existen recurrencias pese a haberse realizado un tratamiento correcto. También se ha utilizado en el tratamiento de la Neoplasia Intraepitelial Cervical y vulvar. Se ha demostrado que la TFD sola es más efectiva comparado con el uso de laser de CO2 convencional, siendo la TFD más segura, más efectiva y con porcentajes más bajos de recurrencia. Los efectos secundarios son locales y se presentan en forma de dolor, ardor y eritema.



Parece que el efecto terapéutico de la TFD en los condilomas vendría dado por una rápida activación de las células dendríticas y de los linfocitos CD4 en la piel lesionada. La terapia fotodinámica no es una cura para todos los casos, puede ser una terapia adicional a otras terapias destructivas para el tratamiento de la VGE. (Gerardo González Martínez, 2015)

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, y transversal

### **AREA DE ESTUDIO**

El presente estudio investigativo se realizó en el centro de salud de la parroquia de Palanda ubicado en la calle 24 de mayo entre la calle Loja y calle Alonzo de Mercadillo. La parroquia Palanda se encuentra ubicada en el cantón del mismo nombre, constituyéndose a la vez como su cabecera cantonal, pertenece a la provincia de Zamora Chinchipe. Geográficamente está situada al Sur-Oriente del Ecuador. A 150 Km de la ciudad de Loja, posee una población de 3.550 hab.

### **UNIVERSO**

El universo estuvo constituido por todas las usuarias que acudieron al servicio de consulta externa del centro de salud de la parroquia de Palanda.

#### **• CRITERIOS DE INCLUSION**

- ✓ Mujeres en edad reproductiva de 14 a 25 años de edad
- ✓ Mujeres que acudan a consulta externa del centro de salud de la parroquia Palanda
- ✓ Mujeres que quieran participar en el proyecto de investigación

#### **• CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- ✓ Mujeres menores de 14 años, y mayores de 25 años
- ✓ Mujeres que se nieguen a participar en el proyecto de investigación

### **MUESTRA**

La muestra estuvo conformada por 73 usuarias en edad reproductiva comprendidas entre las edades de 14 a 25 años, que acuden en busca de atención médica al servicio de consulta externa del centro de salud de la parroquia de Palanda

## **PROCEDIMIENTO**

La obtención de la información para este estudio se realizó, previa la obtención del permiso de la directora del centro de salud. Para esto se elaboró un cuestionario que nos permitió determinar los conocimientos de las usuarias. Al no existir escalas validadas que permitan medir el nivel de conocimiento, se establecieron parámetros a partir de ocho preguntas de la siguiente manera: de 8 a 6 preguntas contestadas correctamente un nivel de conocimiento alto, de 5 a 3 preguntas correctas un nivel de conocimiento medio, de 2 a 1 pregunta un nivel de conocimiento bajo y cero preguntas contestadas ningún conocimiento. Se procedió a validar este cuestionario a través de una prueba piloto realizada a 20 pacientes del centro de salud de la Estación Godoy, para posteriormente aplicarla en el grupo de estudio. Una vez aplicada la encuesta se procedió a realizar una tabulación de los datos obtenidos, para posteriormente realizar un análisis mediante frecuencia y porcentaje llegando a obtener los resultados finales que dieron cumplimiento a los objetivos planteados en este proyecto de investigación.

## RESULTADOS

TABLA N° 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS USUARIAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE PALANDA SOBRE HPV DURANTE EL PERIODO ABRIL-OCTUBRE DEL AÑO 2014**

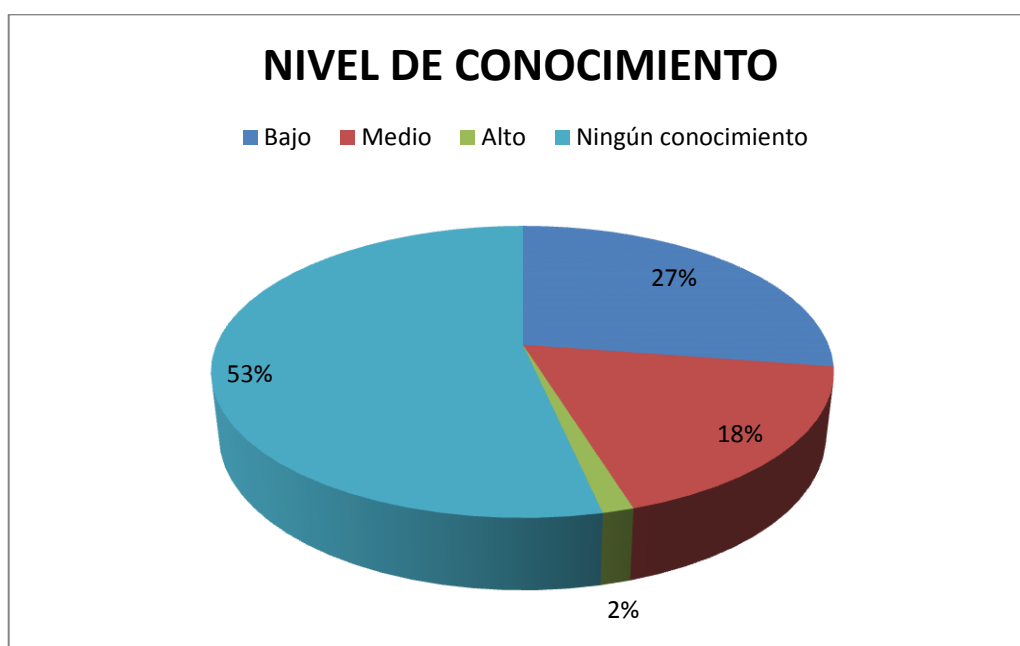
<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Alto	1	2%
Medio	13	18%
Bajo	20	27%
Ningún conocimiento	39	53%
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>

Fuente: encuestas aplicadas a las usuarias que se atendieron en el centro de salud de la parroquia de Palanda.

Elaborado por: Anderson García

## GRÁFICO N° 1

### NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS USUARIAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE PALANDA SOBRE HPV DURANTE EL PERIODO ABRIL-OCTUBRE DEL AÑO 2014



El 53% de las usuarias no posee ningún tipo de conocimiento sobre este virus, mientras que el 47% posee algún grado de conocimiento de las cuales el: 27% posee un nivel de conocimiento bajo, el 18% un nivel de conocimiento medio, y finalmente el 2% un nivel de conocimiento alto sobre este virus.

**TABLA N° 2**

**USUARIAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE PALANDA DURANTE EL PERIODO ABRIL-OCTUBRE DEL AÑO 2014, QUE REALIZAN PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN.**

<b>PRACTICAN PREVENCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	34	47%
No	39	53%
total	73	100%

Fuente: encuestas aplicadas a las usuarias que se atendieron en el centro de salud de la parroquia de Palanda.

Elaborado por: Anderson García

**GRÁFICO N°2**



De las 73 usuarias encuestadas el 47% realiza prácticas de prevención, mientras que el 53% no realiza ninguna práctica preventiva para HPV

**TABLA N° 3**

**TIPO DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN PARA HPV QUE HACEN LAS USUARIAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE PALANDA DURANTE EL PERIODO ABRIL-OCTUBRE DEL AÑO 2014**

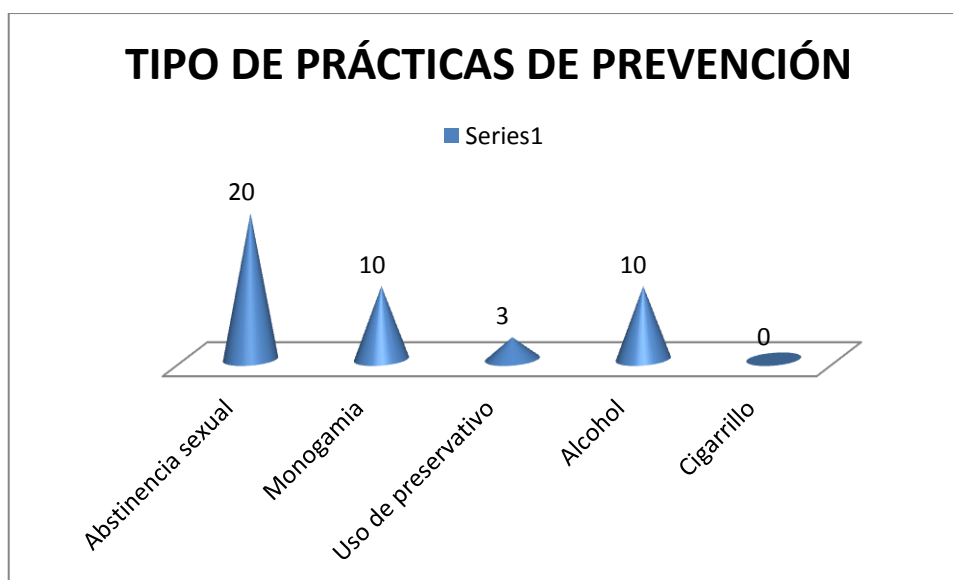
<b>TIPOS DE PRACTICAS DE PREVENCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Abstinencia sexual	20	59%
Monogamia	10	29%
Uso de preservativo	3	9%
Alcohol	10	29%
Cigarrillo	0	0%
Vacuna para HPV	0	0%

Fuente: encuestas aplicadas a las usuarias que se atendieron en el centro de salud de la parroquia de Palanda.

Elaborado por: Anderson García

### GRÁFICO N° 3

**TIPO DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN QUE REALIZAN LAS USUARIAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE PALANDA DURANTE EL PERIODO ABRIL-OCTUBRE DEL AÑO 2014**



Del total de usuarias que hacen prevención para HPV, el 59% aplica la abstinencia sexual, el 29% la monogamia, el 9% usa preservativo, el 71% no consume alcohol, el 100% no consume cigarrillo, finalmente el 100% de las usuarias no se ha aplicado la vacuna para este virus.



## DISCUSIÓN

El presente trabajo es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, el cual se lo realizo en el centro de salud de la parroquia de Palanda la mismas que es cabecera cantonal del cantón Palanda. A este estudio se lo realizo en este centro de salud debido a que aquí se atienden tanto personas del sector urbano como rural.

El nivel de conocimiento del hpv de nuestro grupo de estudio nos indica que el 53% de la población encuestada no posee ningún tipo de conocimiento sobre el hpv, mientras que el 47% posee algún nivel de conocimiento sobre este, el que se distribuye de la siguiente manera: el 27% con un bajo nivel de conocimiento, el 18% un nivel de conocimientos medio, y el 2% un nivel de conocimiento alto, lo que contrasta con el estudio titulado INFLUENCIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SOBRE EL HPV E.T.S DR., FRANCISCO VITANZA. Realizado en la universidad de Oriente Núcleo Bolívar. Por Br. Arcangelo Campos y Br. Lobaton Aponte nos indican que el 82% de la población posee un nivel deficiente de conocimientos sobre hpv, el 15% un nivel de conocimiento regular, el 3% un nivel de conocimiento bueno. (Br. D'Arcangelo Campos, 2010) En otro estudio titulado NECESIDADES SENTIDAS DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA: PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO: SOCIEDAD ANTICANCEROSA DEL ESTADO LARA BARQUISIMETO OCTUBRE-NOVIEMBRE 2002, realizado por Alterio Ariola, Gianfranco Humberto; Pérez Loyo, Henry Alejandro, encontramos que en cuanto al nivel de conocimiento, prevaleció el nivel Regular (57%), seguido del Malo (31,7%). (Alterio Ariola & Pérez Loyo, 2004) Finalmente en el estudio titulado CONOCIMIENTO ACERCA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUJERES DE UNA ZONA RURAL, realizado en la universidad de Veracruz en el 2010, Karina Aldaco y Karina De La Cruz nos indican que la población en estudio posee un nivel de conocimiento alto en un 60% que le atribuyen al nivel de escolaridad que estas presentan, que es un nivel medio (Aldaco Karina, 2010)

Del total de usuarias encuestadas únicamente el 47% practica medidas preventivas para hpv, Entre las medidas preventivas que estas usuarias practican tenemos que: el 59% aplica la abstinencia sexual, el 29% la monogamia, el 9% usa preservativo, el 71% no consume alcohol, el 100% no consume cigarrillo, finalmente el 100% de las usuarias no se ha aplicado la vacuna para este virus. En el estudio titulado PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CA CERVICOUTERINO EN LAS USUARIAS DEL C.S. LEONOR SAABEDRA-SAN JUAN DE MIRAFLORES, Realizado en la universidad mayor de San Marcos- Perú en el 2011 por Palma Flores Jenny Elizabeth quien llega a concluir que únicamente el 27% retraso el inicio de su vida sexual hasta los 20 años, el 44% practica la monogamia, solamente la décima parte usa preservativo, y el 92% ha evitado el consumo frecuente de cigarrillo. (Palma Flores, 2011). Según el estudio CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS PREVENTIVAS SOBRE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO Y VIRUS PAPILOMA HUMANO EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES CHILENAS realizado en el 2012 por M. Teresa Urrutia, Ximena Concha, Giselle Riquelme y Oslando Padilla nos indica que: el 45.7% de las adolescentes refirieron no tener experiencia sexual, ni contacto sexual, ni penetración, el 24,8% usa el preservativo durante las relaciones sexuales. (M. Teresa Urrutia, 2012).

## CONCLUSIONES

1. El 53% de la población en estudio no posee conocimiento alguno sobre el HPV, el 27% posee un bajo nivel de conocimiento, el 18% un nivel de conocimiento medio, el 2% posee un nivel de conocimiento alto.
2. Del total de las usuarias encuestadas el 47% realiza prácticas de prevención, mientras que el 53% no realiza ninguna práctica preventiva para HPV
3. De las usuarias que realizan medidas preventivas, el 59% practica la abstinencia sexual, el 29% la monogamia, el 9% usa preservativo, el 71% no consume alcohol, el 100% no consume cigarrillo, finalmente el 100% de las usuarias no se ha aplicado la vacuna para este virus.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al centro de salud realizar promoción en salud informando, orientando y educando en todos los establecimientos educativos sobre la universalidad del virus, que patologías produce, medidas de prevención, modo de transmisión, diagnóstico y tratamiento.
2. Se recomienda al centro de salud realizar promoción de salud en los medios de comunicación como lo son la Tv, el radio, periódico, y paginas sociales mediante mensajes educativos, mesas redondas, programas de salud.
3. Que todas las instituciones de salud brinden en forma oportuna un medio adecuado para la consulta y toma de Papanicolaou para de esta forma dar un diagnóstico y tratamiento oportuno a las patologías producidas por el hpv.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cunningham, G., Leveno, K., Blomm, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong, C. (2010). *williams Obstetricia. 23a edición*. Mexico: editorial Mcgraw Hill. México.
- Aldaco Karina, D. L. (octubre de 2010). *cdigital.uv.mx*. Obtenido de *cdigital.uv.mx*:  
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/28479/1/Adalco%20Guillen%20Karina.pdf>
- Alejandro Alfaro Castro, M. F. (2013). *revmedcoscen*. Obtenido de *revmedcoscen*: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132d.pdf>
- Alterio Ariola, G. H., & Pérez Loyo, H. A. (marzo de 2004). *bases.bireme.br*. Obtenido de *bases.bireme.br*: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=503780&indexSearch=ID>
- Amelia Vicente, O. V. (abril de 2007). *bvs.org.do*. Obtenido de *bvs.org.do*:  
<http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2007/68/01/rmd-2007-68-01-018-020.pdf>
- Br. D'Arcangelo Campos, B. B. (octubre de 2010). *ri.bib.udo.edu.ve*. Obtenido de *ri.bib.udo.edu.ve*:  
<http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2227/1/31%20Tesis.%20QW9%20D111.pdf>
- Carrión, A. (mayo de 2012). *repositorio.usfq.edu.ec*. Obtenido de *repositorio.usfq.edu.ec*:  
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2259/1/106576.pdf>
- CARRIÓN, J. B. (5 de septiembre de 2014). *repositorio.upse.edu.ec*. Obtenido de *repositorio.upse.edu.ec*:  
<http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1670/1/TESIS%20DE%20GRADO%20Jhon%20Yagual.pdf>
- Carstens, C. (junio de 2012). *gredos.usal.es*. Obtenido de *gredos.usal.es*:  
[http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/120780/1/TFM\\_CarstensC\\_Papiloma.pdf](http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/120780/1/TFM_CarstensC_Papiloma.pdf)
- CH., C. d. (Octubre de 2014). *riuc.bc.uc.edu.ve*. Obtenido de *riuc.bc.uc.edu.ve*:  
<http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/546/4/cmarrero.pdf>
- Colmenares Suleimy, C. R. (septiembre de 2005). *saber.ucv.ve*. Obtenido de *saber.ucv.ve*:  
<http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/327/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>
- Dr. Luis M. Puig-Tintoré, D. A. (2002). *aepcc.org*. Obtenido de *aepcc.org*:  
[http://www.aepcc.org/download/documentos/profesionales/consenso\\_vph\\_2002.pdf](http://www.aepcc.org/download/documentos/profesionales/consenso_vph_2002.pdf)

- dra. Nelly Chavero, D. G. (2009). *medigraphic.com*. Obtenido de medigraphic.com: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091g.pdf>
- Dres. J.L. Rodríguez Peralto, M. G. (s.f.). *menarini.es*. Obtenido de menarini.es: <http://www.menarini.es/images/dermatopatologia/Derma152.pdf>
- Gerardo González Martínez, J. N. (2015). *scielo.cl*. Obtenido de scielo.cl: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n1/art12.pdf>
- Gloria Pimentel Chagoya, D. M. (agosto de 2007). *medigraphic.com*. Obtenido de medigraphic.com: <http://www.medigraphic.com/pdfs/proctologia/c-2007/c072b.pdf>
- Jonathan, S. B. (2007). *Tratado de ginecología*. china: edide, s.l.
- Lama-González E, G.-M. C.-A.-P.-S. (mayo de 2008). *odontologia.uady.mx*. Obtenido de odontologia.uady.mx: <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V00N1p5.pdf>
- Leticia Hernández-Carreño, S. P.-L.-S. (primero de septiembre de 2012). *revista.unam.mx*. Obtenido de revista.unam.mx: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/art96.pdf>
- Lizano-Soberón, L.-S. y. (2006). *incan.org.mx*. Obtenido de incan.org.mx: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172193073.pdf>
- M. Teresa Urrutia, X. C. (diciembre de 2012). *scielo.cl*. Obtenido de scielo.cl: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182012000700003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182012000700003&script=sci_arttext)
- Manuel Rodríguez Rodríguez, F. G. (mayo de 2008). *juntadeandalucia.es*. Obtenido de juntadeandalucia.es: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/ksalud/galerias/documentos/p\\_4\\_p\\_3\\_prevencion/vacunas/virus\\_papiloma.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/ksalud/galerias/documentos/p_4_p_3_prevencion/vacunas/virus_papiloma.pdf)
- Marcela Lizano-Soberón, A. C.-G.-P. (2009). *revistaincan*. Obtenido de revistaincan: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1272302572.pdf>
- Martínez, A. A. (29 de enero de 2015). *hvn.es/servicios\_asistenciales/ginecologia\_y\_obstetricia*. Obtenido de hvn.es/servicios\_asistenciales/ginecologia\_y\_obstetricia: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/clases\\_residentes/2015/clase2015\\_actualizacion\\_cancer\\_cervix.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_actualizacion_cancer_cervix.pdf)
- Negrín, J. G. (18 de septiembre de 2009). *infomed*. Obtenido de infomed: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/virusdelpapilomahumanos/anabria.pdf>

- Noel, B. M. (28 de agosto de 2013). *imgbiblio.vaneduc.edu.ar*. Obtenido de [imgbiblio.vaneduc.edu.ar](http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar):  
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112107.pdf>
- Palma Flores, J. E. (2011). *sisbib.unmsm.edu.pe*. Obtenido de [sisbib.unmsm.edu.pe](http://sisbib.unmsm.edu.pe):  
<http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/327/1/TESIS%20COMPL ETA.pdf>
- Silvia de Sanjosé Llongueras, A. M. (2006). *seepidemiologia.es*. Obtenido de [seepidemiologia.es](http://www.seepidemiologia.es):  
<http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/4monografiaVirusPapi lomaYCancer.pdf>
- Vacunaciones, G. d. (20 de febrero de 2007). *aepcc.org*. Obtenido de [aepcc.org](http://www.aepcc.org): [http://www.aepcc.org/download/documentos/profesionales/3-msc\\_hpv\\_doc\\_vacunas\\_feb-07.pdf](http://www.aepcc.org/download/documentos/profesionales/3-msc_hpv_doc_vacunas_feb-07.pdf)
- VARGAS-HERNANDEZ, D. V. ( 1996). *bvssida.insp.mx*. Obtenido de [bvssida.insp.mx](http://bvssida.insp.mx): <http://bvssida.insp.mx/articulos/3625.pdf>
- Zenedy Murillo, Y. S. (agosto de 2010). *scielo.org.co*. Obtenido de [scielo.org.co](http://scielo.org.co).

## ANEXOS

### 1. ENCUESTA

#### UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

#### AREA DE LA SALUD HUMANA

#### MEDICINA

Dígnese contestar la siguiente encuesta con la mayor responsabilidad posible.

1. Edad

- a) 14 a 16 años ( )
- b) 17 a 19 años ( )
- c) 20 a 22 años ( )
- d) 23 a 25 años ( )

2. Orientación sexual

- a) Heterosexual ( )
- b) Homosexual ( )
- c) Bisexual ( )

3. Nivel de instrucción

- a) Ninguna ( )
- b) Primaria ( )
- c) Secundaria ( )
- d) Superior ( )

4. Ocupación

- a) Ninguna ( )
- b) Estudiante ( )
- c) Ama de casa ( )
- d) Jornalero ( )
- e) Otras.....

5. Edad de inicio de vida sexual



- a) No inicia ( )
  - b) 10 a 13 años ( )
  - c) 14 a 17 años ( )
  - d) 18 a 21 años ( )
  - e) 22 a 25 años ( )
6. Número de parejas sexuales
- a) Ninguna ( )
  - b) Una ( )
  - c) Dos ( )
  - d) Tres ( )
  - e) Cuatro ( )
  - f) Cinco ( )
  - g) Más de cinco ( )
7. Usa algún método anticonceptivo
- a) Anticonceptivo de emergencia( )
  - b) Preservativo ( )
  - c) Impelente subdérmico ( )
  - d) T de cobre ( )
  - e) Píldoras ( )
  - f) Anticonceptivo inyectables ( )
8. Consume bebidas alcohólicas
- a) Si ( )
  - b) No ( )
9. Consume cigarrillo
- a) Si ( )
  - b) No ( )

## CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

10. Conoce Ud. que es el virus de papiloma humano
- a) Si ( )
  - b) No ( )
11. El virus del papiloma humano es un virus infeccioso , cuál de las siguientes opciones cree Ud. que es la forma en que se transmite
- a) Besos ( )
  - b) Compartir la ropa y el cepillo de dientes y demás objetos personales ( )
  - c) Relaciones sexuales ( )
  - d) Consumo de alimentos contaminados ( )
  - e) Por el uso de drogas intravenosas ( )
12. De las siguientes enfermedades cuál cree Ud. que el virus del papiloma humano produce
- a) Verrugas genitales y cáncer de cuello uterino ( )
  - b) Cáncer de mama ( )
  - c) Influenza o gripe común ( )
  - d) Infecciones gastrointestinales ( )
13. Conoce como prevenir el contagio del virus del papiloma humano
- a) Preservativos ( )
  - b) Uso de pastillas anticonceptivas ( )
  - c) Abstinencia sexual ( )
  - d) Monogamia ( )
  - e) No conozco ( )
14. Sabe cómo se diagnostica el virus del papiloma humano
- a) Si ( )
  - b) No ( )
15. Conoce si existe cura para las distintas patologías causadas por el virus del papiloma humano
- a) Si ( )
  - b) No ( )
16. Conoce sobre la vacuna para el virus del papiloma humano
- a) Si ( )

- b) no ( )
17. Sabe Ud. cuando está contraindicada la vacuna para el virus del papiloma humano
- a) Si ( )
- b) No ( )
18. Conoce cuando debe colocarse la vacuna para el virus del papiloma humano
- a) Si ( )
- b) No ( )
19. se ha colocado la vacuna para el virus del papiloma humano
- a) Si ( )
- b) No ( )

## 2. TRIPTICO

### ¿QUE ES LA VACUNA TETRAVALENTE?

Es una vacuna tetravalente recombinante, que produce inmunidad contra los virus del papiloma humano 6, 11, 16 y 18.

Esta se aplica de acuerdo al siguiente esquema: 0, 2 y 6 meses

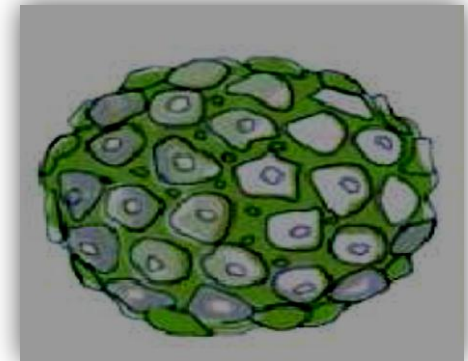
### ¿QUE ES LA VACUNA BIVALENTE?

Esta vacuna ha sido desarrollada para prevenir la enfermedad causada por los tipos 16 y 18 del virus del papiloma humano.

El esquema de vacunación consiste en tres dosis administradas de acuerdo a la siguiente posología: 0, 1, 6 meses.

## VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

### VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO



### ¿QUE ES EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO?

Los Virus de Papiloma Humano son un grupo diverso de virus que producen alteraciones epiteliales en las mucosas y piel de los humanos. La mayor parte de estos virus no causan síntomas de ningún tipo

### **¿COMO SE TRANSMITE ESTE VIRUS?**

El VPH se contagia por contacto directo con la piel que está infectada con el virus. Cuando se produce el VPH en el área genital, puede ser transmitido sexualmente. Además del contacto de piel a piel con el pene, el escroto, la vagina, la vulva o el ano

### **¿COMO SE CLASIFICAN ESTOS VIRUS?**

Estos se puede clasificar en dos grandes grupos: aquellos que infectan la piel o la superficie cutánea, y aquellos que infectan las mucosas escamosas húmedas internas, que correspondería a los que se transmiten sexualmente. En este segundo grupo, se puede establecer otra división: aquellos que son de bajo riesgo, que

correspondería a los que solo provocan verrugas o lesiones benignas; y aquellos de alto riesgo, que corresponderían a los que se asocian con cánceres

### **¿QUE ENFERMEDADES PUEDEN CAUSAR ESTOS VIRUS?**

- Verrugas vulgares o comunes
- Verrugas plantares
- Verrugas Planas
- Verrugas genitales o condilomas acuminados
- Epidermodisplasia verruciforme
- Cáncer de cuello del útero

### **¿COMO PREVENIR CONTAGIARME DE ESTOS VIRUS?**

- Uso de preservativo en cada relación sexual
- Monogamia
- Abstinencia sexual

### **¿QUE ES LA VACUNA PARA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO?**

Son partículas similares al virus del papiloma humano que no poseen el

material genético, estas producen que el organismo desarrolle anticuerpos contra este tipo de virus protegiéndolo de la infección de estos.

### **¿CONTRA QUE TIPO DE VIRUS PROTEGE LA VACUNA?**

Protege contra los tipos de virus 6, 11, 16 y 18.

### **¿CUANTAS DOSIS DE LA VACUNA DEBE APLICARSE?**

Debe aplicarse tres dosis, el periodo de tiempo que se aplica cada dosis dependerá del tipo de vacuna

### **¿EN QUIENES NO DEBE APLICARSE LA VACUNA?**

A niños menores de 9 años en aquellos sujetos con la respuesta inmune alterada

### 3. PROYECTO DE TESIS



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**TEMA:**

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HPV Y SU PREVENCIÓN EN LAS PACIENTES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE

Proyecto de Desarrollo previa la obtención del grado de Médico General.

**AUTOR:**

Anderson Patricio García Jiménez.

**LOJA - ECUADOR**

**2014**

**TEMA**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HPV Y SU PREVENCIÓN EN LAS PACIENTES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE PALANDA.

## **PROBLEMÁTICA**

Los Virus de Papiloma Humano son un grupo diverso de virus que producen alteraciones epiteliales estratificadas en las mucosas y piel de los humanos y algunos animales. La mayor parte de estos virus no causan síntomas de ningún tipo, VPH es un virus ADN de doble cadena circular con 8000 pares de bases, el cual no cuenta con envoltura si no con un núcleo cápside proteica icosaédrica con 72 capsómeros, proviene de la familia Papovaviridae.

En la actualidad se han identificado aproximadamente 200 genotipos del VPH, de los cuales 30 tipos son responsable de los cambios epiteliales en los genitales externos e internos. Los genotipos de VPH se los clasifica de alto riesgo y de bajo riesgo según su malignidad. los VPH de alto riesgo son los 16-18-31-33-35-39-45-51-52-56-58-59-67-68-73-82; que son carcinógenos. los VPH de bajo riesgo encontrados comúnmente son VPH 6- 11- 40-42- 43- 44- 54-55- 57- 61-62-64-69-70-71 causantes de alteraciones ano-genitales

Para que se produzca la transmisión del VPH debe haber contacto sexual con la piel de los genitales, mucosas o líquidos corporales de una pareja con lesiones verrugosas o que sea portadora del VPH. Se conoce que la infección de VPH de alto riesgo se transmite con previo contacto sexual genital con penetración, en el caso de los serotipos no encógenos o de bajo riesgo puede haber infección en vulva o vagina por el uso de tampones o por penetración digital.

El VPH es la enfermedad de transmisión sexual más común del mundo. La incidencia a nivel mundial es aproximadamente del 10% y durante toda la vida el riesgo de exposición a la infección es de un 50 a 80%, esto varía de acuerdo a edad, localización geográfica y diversos factores predisponentes, por lo que hasta los 50 años de edad casi el 80% de la población mundial se ha contagiado del VPH.



En la actualidad 20 millones de personas están infectadas y se estima que existirán más de 6 millones de casos nuevos al año, se conoce que tres de cada cuatro personas que tienen relaciones sexuales se infectarán en alguna etapa de sus vidas.

Los datos estadísticos nos muestran que el cáncer de cuello de útero es el segundo tumor de mayor frecuencia en mujeres a nivel mundial; Se calcula que cada año se producen más de 500.000 casos nuevos de cáncer del cuello uterino y se producen cerca de unas 280.000 muertes a causa de este.

Aproximadamente el 70% de los casos de cáncer del cuello uterino en el mundo son producidos por los tipos de VHP 16 o 18, aunque esta proporción no es igual en todos los países. Los genotipos de bajo riesgo, VPH 6 y 11 producen más del 90% de las verrugas genitales o condiloma, y un bajo porcentaje de displasias cervicales leves. Generalmente en las infecciones por VPH existe un grado de regresión espontánea en un plazo máximo de dos años, en el caso de persistir pueden evolucionar en un periodo de 10 a 15 años a lesiones precancerosas de cuello uterino para finalmente presentarse un cáncer cervical. Por tanto, la detección precoz mediante cribados sistemáticos representa una estrategia de prevención secundaria muy eficiente para prevenir la presencia de cáncer cervical.

En el Ecuador Según datos estadísticos del INEC del año 2010, indica que cada año se presentan alrededor de 1200 nuevos casos del virus del Papiloma Humano y 300 muertes producidas por este. Se estima que 17 mujeres mueren semanalmente a causa del cáncer de cuello uterino.

Además el Ecuador consta como el país número 52 en tener mayor número de casos de cáncer, sin embargo cuando se trata del cáncer de cuello del útero es el décimo país con mayor incidencia.

Este virus se puede diagnosticar citológicamente al encontrar coilocitos y atipias nucleares, estos hallazgos citológicos se los clasifica según el Sistema Bethesda. Además se conoce que cuando se posee HPV en un sitio hay una amplia posibilidad de encontrarlo en otros sitios, por lo que debe explorarse todo el tracto

genital y perianal, con colposcopía y biopsia dirigida para descartar una neoplasia en el caso de encontrarse un examen citológico alterado.

Otras formas de identificar el VPH son las técnicas moleculares, en las que el DNA del virus se identifica utilizando pruebas de ácido ribonucleico (RNA). En este tipo de técnicas los ácidos nucleicos son hibridizados a RNA o DNA con las células en estudio y ponen en evidencia a los HPV presentes. Otra técnica es la hibridación in situ y por filtración. Todas estas técnicas deben ser realizadas en tejidos frescos. La PCR es una de las técnicas más sensible, su importancia está en que esta prueba se centra en determinar las células infectadas por HPV, el tipo de HPV.

Por lo expuesto anteriormente, y teniendo en cuenta que la población como cultura general debería saber que es el VPH, que produce y cuáles son los principales factores de riesgo que predisponen a la población para contraer el virus y además de conocer la mejor manera de diagnosticar tempranamente los distintos cambios que produce, surge como pregunta:

**¿Cuál es nivel de conocimiento sobre HPV y su relación con la prevención en las pacientes en edad reproductiva en las edades comprendidas entre 14 a 25 años que acuden a la consulta del centro de salud de la parroquia de Palanda durante el periodo abril-octubre de año 2014?**

## **JUSTIFICACION**

El presente proyecto de investigación está justificado debido a que se realiza con el propósito de poner en práctica los conocimientos obtenidos durante los años de formación universitaria, este forma también parte de un requisito indispensable para la obtención del título de médico general conforme a lo establecido en el Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, además este documento servirá como fuente de consulta y guía para estudiantes y docentes interesados en el tema.

El VPH de alto riesgo es una de las principales causas de cáncer de cuello de útero en mujeres que han iniciado su vida sexual, también se lo asocia con varios tipos de cáncer menos frecuentes tanto en hombres como en mujeres. Los HPV de bajo riesgo llegan a provocar el desarrollo de verrugas y condilomas. Esta es una de las principales razones por las que la población en general debería conocer acerca de este virus.

Una mujer cuando inicia su vida sexual activa tiene una amplia posibilidad de adquirir el HPV, es de suma importancia que la población conozca que no existe tratamiento para el virus del papiloma humano, pero si se puede controlar la progresión de los cambios que este provoca en el organismo, otro aspecto importante que se debe tener en cuenta es que existen varias formas de prevenir el contagio como lo son: el uso de preservativos, la monogamia, abstinencia sexual entre otros.

Por lo tanto es importante indagar si la población posee información sobre el tema, para poder fortalecer los conocimientos que estos poseen sobre el HPV y así dar las herramientas necesarias para que estos eviten contagiarse con dicho virus.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar cuál es el nivel de conocimiento sobre HPV y su prevención en las pacientes en edad reproductiva en las edades comprendidas entre 14 a 25 años de edad que acuden a la consulta del centro de salud de la parroquia de Palanda durante el periodo abril-octubre del año 2014

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Medir el nivel de conocimiento que las usuarias poseen sobre el HPV
- Conocer las medidas de prevención que las usuarias ponen en práctica para evitar el contagio del hpv
- Socializar resultados y formas de prevención a las usuarias por medio de trípticos para contribuir a fortalecer los conocimientos que estas poseen sobre el tema.

## **ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO**

### **HPV**

#### **1. GENERALIDADES**

##### **1.1. DEFINICIÓN**

##### **1.2. HISTORIA NATURAL**

##### **1.3. VIROLOGÍA**

##### **1.4. CICLO VITAL**

##### **1.5. TIPOS**

##### **1.6. MODO DE TRANSMISIÓN**

##### **1.7. EPIDEMIOLOGIA**

##### **1.8. FACTORES DE RIESGO**

#### **2. DIAGNOSTICO**

##### **2.1. MÉTODOS CITOLÓGICOS**

##### **2.2. MÉTODOS HISTOLÓGICOS**

##### **2.3. MÉTODOS MOLECULARES**

#### **3. PREVENCIÓN**

##### **3.1. MEDIDAS GENERALES**

##### **3.2. INMUNIZACIÓN**

###### **3.2.1. GARDASIL**

###### **3.2.2. CERVARIX**

#### **4. PRINCIPALES PATOLOGÍAS**

##### **4.1. NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL**

##### **4.2. CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

##### **4.3. VERRUGAS GENITALES**

## METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDIO

- el presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, inductivo, prospectivo, y transversal
- **cuantitativo** por que los resultados obtenidos se van a representar mediante expresiones numéricas
- **descriptivo** por que el presente estudio está orientado a buscar información sobre el conocimiento del HPV, y mediante este método podremos describir las variables a estudiar.
- **Inductivo** por qué se va de lo individual a lo general, en este caso se va a proceder a realizar encuestas aun grupo de persona que son la muestra y los resultados obtenidos serán generalizados para toda la población de la parroquia.
- **prospectivo** debido a que los datos a investigarse van a ser recogidos de acuerdo como se vayan presentando en el transcurso del tiempo.
- **transversal** por que el presente estudio va a ser realizado en un periodo de tiempo determinado.

### AREA DE ESTUDIO

El presente estudio investigativo se realizara en el centro de salud de la parroquia de Palanda ubicado en la calle 24 de mayo entre la calle Loja y calle Alonzo de Mercadillo. La parroquia Palanda se encuentra ubicada en el cantón del mismo nombre, constituyéndose a la vez como su cabecera cantonal, pertenece a la provincia de Zamora Chinchipe. Geográficamente está situada al Sur-Oriente del Ecuador. A 150 Km de la ciudad de Loja, posee una población de 3.550 hab.

## **UNIVERSO**

El universo está constituido por todas las usuarias que acudan al servicio de consulta externa del centro de salud de la parroquia de Palanda.

## **MUESTRA**

La muestra estará conformada por todas las mujeres en edad reproductiva de 14 a 25 años de edad, que acuden al servicio de consulta externa del centro de salud de la parroquia de Palanda

- **CRITERIOS DE INCLUSION**

- ✓ Mujeres en edad reproductiva de 14 a 25 años de edad
- ✓ Mujeres que acudan a consulta externa del centro de salud de la parroquia Palanda
- ✓ Mujeres que quieran participar en el proyecto de investigación

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- ✓ Mujeres que no estén en edad reproductiva y que se encuentren fuera de los grupos etéreos establecidos en los criterios de inclusión
- ✓ Mujeres que se nieguen a participar en el proyecto de investigación

## **METODOS TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

### **MÉTODOS:**

- Encuesta

### **INSTRUMENTOS:**

- **Encuesta:** constara de preguntas cerradas.

### **TECNICA:**

Se va a emplear una encuesta, la cual constara de preguntas cerradas, será aplicada a las usuarias en edad reproductiva de 14 a 25 años de edad, que acudan al servicio de consulta externa del centro de salud de la parroquia Palanda.

## **PROCEDIMIENTOS:**

Una vez aprobado el proyecto de tesis y designado director de tesis, se procederá a realizar la encuesta, la cual posteriormente será validada antes de proceder a aplicarla en la población en estudio, además se procederá a la realización de los trípticos para entregarles a las usuarias encuestadas, una vez aplicada la encuesta se procederá a dar una breve charla sobre el tema a la usuaria enfocado sobre todo a aquellos conceptos erróneos que ella tiene.

## **TABULACION Y ANALISIS DE DATOS**

1. Primero se procederá a aplicar la encuesta para la recolección de los datos, los resultados obtenidos serán operacionalizados en frecuencia y porcentaje en el programa operacional Excel.
2. Para el análisis de los datos se lo realizara de una manera simple solamente de los resultados obtenidos en la tabulación.

## **RECURSOS HUMANOS**

- Investigador: Anderson García
- Director de tesis
- Mujeres en edad reproductiva a encuestar

## **RECURSOS MATERIALES**

- material bibliográfico
- materiales de oficina
- computadoras
- impresoras



## PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El presente proyecto de tesis requerirá el siguiente presupuesto el mismo que será financiado por el investigador.

INGRESOS	
Rubro	Valor
Aporte del investigador	\$ 580,10
<b>Total de Ingresos</b>	<b>\$ 580,10</b>

EGRESOS	
Rubro	Valor
Material de Oficina	\$ 100,00
Movilización	\$ 80,00
Material Bibliográfico	\$ 50,00
Impresiones y Anillados	\$ 50,00
Conexión a internet	\$ 100,10
Levantamiento definitivo y empastado.	\$ 100,00
Imprevistos	\$ 100,00
<b>Total de Gastos</b>	<b>\$ 580,10</b>

## CRONOGRAMA

2014																												
Actividades	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				octubre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación del Tema	X																											
Aprobación del Tema		x																										
Elaboración del proyecto			x	X	x	x	x	x	x																			
Presentación del Proyecto												x																
Revisión y aprobación de Proyecto														x	x													
Asignación de Director de Tesis																X												
Elaboración de la encuesta																												

Autorización del centro de salud donde se realizará la presente investigación	x
Aplicación de la encuesta	x x x x x
Tabulación de datos obtenidos	
Esquematización y análisis de los resultados obtenidos	x
Discusión	x
Conclusiones	x
Recomendaciones	x
Presentación del informe para posibles correcciones.	x
Presentación del informe final	x

\*todo cronograma está sujeto a cambios\*

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	SUBINDICADOR	ESCALA
CONOCIMIENTO	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.	Social	Conoce que es el HPV	Si No	Bueno 5-8
			Conoce como se transmite el HPV	Si no	Regular 3-5
			Conoce que patologías causa el HPV	Si No	Malo 1-2
			Conoce que serotipo de HPV están relacionados con el ca de cuello uterino	Si No	
			Conoce que serotipos de HPV esta relacionados	Si No	

			con las verrugas genitales		
			Conoce como prevenir el contagio de HPV	Si No	
			Conoce como se diagnostica el HPV	Si No	
			Conoce si existe o no tratamiento para el HPV	Si No	
PREVENCION	Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de enfermedades, tales como la reducción de factores de riesgo si no también a detener sus avances y atenuar sus	Vacuna contra el HPV	Conoce cuando debe colocarse la vacuna para el HPV	Si No	Bueno 4-5 Regular 2-3
			Conoce para que serotipos es efectiva la vacuna	Si No	Malo 1

	consecuencias una vez establecidas.		Conoce cuantas dosis debe colocarse de la vacuna	Si No	
			Conoce que reacciones adversas provoca la vacuna	Si No	
			Sabe cuándo está contraindicada la vacunación	Si No	
	Vida sexual		Inicio la vida sexual	Si No	Bueno 2-3 Malo 1
			monogamia	Si No	
			A tenido varias parejas sexuales	Si No	

		Preservativo	Conoce los tipos de preservativos	Si No	Bueno 3-4 Regular 2 Malo 1
			El uso previene el contagio de HPV	Si No	
			Sabe cómo usarlo	Si No	
			Conoce con qué frecuencia debe usarlo para prevenir el contagio	Si No	
			Con que frecuencia lo usa	Siempre A veces Nunca	

## BIBLIOGRAFIA

- JONATHAN, S. Berek. 2007. Tratado de ginecología. Edición catorce. Capitulo 17,34
- CUNNINGHAM, G; LEVENO, K; BLOMM, S; HAUTH, J; ROUSE, D; SPONG, C. Williams Obstetricia. 23a Edición. Editorial McGraw Hill. México. 2010.
- Conocimiento a cerca del virus del papiloma humano en mujeres de una zona rural. Disponible en:  
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/28479/1/Adalco%20Guillen%20Karina.pdf>
- Conocimiento y conductas asociadas a VPH: un estudio descriptivo de Chile y España disponible en:  
[http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/120780/1/TFM\\_CarstensC\\_Papiloma.pdf](http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/120780/1/TFM_CarstensC_Papiloma.pdf)
- Conocimiento del virus del papiloma humano (VPH) en una Población universitaria disponible en:  
<http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2007/68/01/RMD-2007-68-01-018-020.pdf>
- Conocimiento de los estudiantes y docentes de la Escuela de Microbiología de la Universidad de Antioquia sobre la infección por el virus del papiloma humano disponible en:  
<http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/jornadas4/A-D/conocimiento-de-los-estudiantes-docentes-escuela-microbiologia.pdf>
- Incidencia de diagnósticos y conocimiento sobre los factores de riesgo que contribuyen en el contagio de VPH en mujeres entre 20 y 40 años que acuden al área del Ginecología del Centro de Salud #1 de Quito disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/1956/1/UDLA-EC-TLE-2013-03.pdf>
- Virus del papiloma humano. Aspectos epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. Disponible en:  
<http://bvssida.insp.mx/articulos/3625.pdf>



- virus del papiloma humano situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización, andalucía mayo 2008, disponible en:  
[http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_4\\_p\\_3\\_preencion/vacunas/virus\\_papiloma.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_3_preencion/vacunas/virus_papiloma.pdf)
- monografía de la sociedad española de epidemiología. virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención disponible en:  
<http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/4monografiaVirusPapilomaYCancer.pdf>
- revista chilena de obstetricia y ginecología. epidemiologia del virus papiloma humano (hpv) disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000600013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600013)
- Promoción y prevención de salud. Definición. Disponible en:  
<http://www.slideshare.net/liliyarleque/promocin-y-prevencin>
- Revista chilena de infectología disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182007000300006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182007000300006&script=sci_arttext&tlng=pt)
- revista chilena de obstetricia y ginecología. cancer cervicouterino: epidemiologia, historia natural y rol del virus papiloma humano. perspectivas en prevención y tratamiento. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000400011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000400011)

## INDICE

<b>PORTADA</b>	<b>i</b>
<b>CERTIFICACION</b>	<b>ii</b>
<b>AUTORIA</b>	<b>iii</b>
<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN</b>	<b>iv</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>vi</b>
<b>TITULO</b>	<b>1</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>3</b>
<b>CAPITULO I: INTRODUCCION</b>	<b>4</b>
<b>CAPITULO II: REVISION DE LITERATURA</b>	<b>6</b>
<b>5. GENERALIDADES</b>	<b>6</b>
<b>5.1. DEFINICIÓN</b>	<b>6</b>
<b>5.2. HISTORIA</b>	<b>6</b>
<b>5.3. VIROLOGÍA</b>	<b>9</b>
<b>5.4. CICLO VITAL</b>	<b>9</b>
<b>5.5. TIPOS DE HPV</b>	<b>10</b>
<b>5.6. MODO DE TRANSMISIÓN</b>	<b>11</b>
<b>5.7. EPIDEMIOLOGIA</b>	<b>11</b>
<b>5.8. FACTORES DE RIESGO</b>	<b>12</b>
<b>6. PREVENCIÓN</b>	<b>13</b>
<b>6.1. MEDIDAS GENERALES</b>	<b>13</b>
<b>6.2. INMUNIZACIÓN</b>	<b>13</b>
<b>6.2.1. VACUNA TETRAVALENTE</b>	<b>14</b>
<b>6.2.2. VACUNA BIVALENTE</b>	<b>15</b>
<b>7. PRINCIPALES PATOLOGÍAS</b>	<b>16</b>
<b>7.1. CONDILOMA ACUMINADO</b>	<b>16</b>
<b>7.2. NEOPLASIA DE CUELLO UTERINO</b>	<b>16</b>

<b>8. DIAGNOSTICO</b>	<b>19</b>
<b>8.1.MÉTODOS CITOLÓGICOS</b>	<b>19</b>
<b>8.2.MÉTODOS HISTOLÓGICOS</b>	<b>22</b>
<b>8.3.MÉTODOS MOLECULARES</b>	<b>23</b>
<b>9. ESTADIFICACIÓN</b>	<b>24</b>
<b>10. TRATAMIENTO</b>	<b>27</b>
<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	<b>36</b>
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b>	<b>38</b>
<b>CAPITULO V: DISCUSIÓN</b>	<b>43</b>
<b>CAPITULO VI: CONCLUSIONES</b>	<b>45</b>
<b>CAPITULO VII: RECOMENDACIONES</b>	<b>46</b>
<b>CAPITULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>47</b>
<b>CAPITULO IX: ANEXOS</b>	<b>50</b>
<b>INDICE DE CONTENIDOS</b>	<b>76</b>