



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO:

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD
PABELLÓN FEMENINO DEL CENTRO DE
REHABILITACIÓN SOCIAL DE LOJA**

*Tesis de grado previa a la
obtención del título de Médico
General*

AUTORA:

Hipatia Annabel Ocampo Ortega.

DIRECTOR:

Dr. Lyndon Bismark Zapata Loaiza. Mg.Sc.

Loja-Ecuador
2015

CERTIFICACIÓN

Dr.

Lyndon Bismark Zapata Loaiza.

DOCENTE DE LA UNL Y DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo titulado: “**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD PABELLÓN FEMENINO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LOJA**”, de autoría de la estudiante de la carrera de Medicina Humana, señorita Hipatia Annabel Ocampo Ortega, previo a optar el título de Médico General, ha sido revisado y dirigido de acuerdo a los reglamentos de graduación de la Universidad Nacional de Loja hasta su conclusión, por lo que autorizo su presentación ante el tribunal correspondiente.

Loja, 28 de febrero del 2015

Atentamente:



Dr. Lyndon Bismark Zapata Loaiza, Mg. Sc.
GINECOLOGO-OBSTETRA.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Hipatia Annabel Ocampo Ortega, declaro ser la autora 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 autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Hipatia Annabel Ocampo Ortega.

Firma: 

Cédula: 1103721211

Fecha: 28 de febrero del 2015.

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Hipatia Annabel Ocampo Ortega, declaro ser la autora de la tesis titulada: “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD PABELLÓN FEMENINO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LOJA”, como requisito para optar al grado 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, a los 28 días del mes de febrero del dos mil quince, firma el autor.

Firma:


Autor: Hipatia Annabel Ocampo Ortega.

Cédula: 1103721211

Dirección: Av. Gobernación de Mainas entre Sucre y Chaguarpamba.

Correo electrónico: adubel97@yahoo.es

Teléfono: 0988207823

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dr. Lyndon Bismark Zapata Loaiza. Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Dr. Ángel Colón Ortega Gutiérrez, Mg. Sc. (Presidente del tribunal)

Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, Mg. Sc. (Miembro del Tribunal)

Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Mg. Sc. (Miembro del Tribunal)

DEDICATORIA

“Dios cierra puertas que ningún hombre puede abrir y Dios abre puertas que ningún hombre puede cerrar”.

Por tal razón este trabajo va dedicado principalmente a Dios por permitirme no solo vivir sino honrar la vida, por las infinitas oportunidades brindadas, por tantas bendiciones diarias y por darme no sólo la sabiduría y humanidad para esta noble profesión sino también el talento necesario.

A mis queridos padres, Ivanova y Rafael, como muestra de reconocimiento a su amor, dedicación y esfuerzo. Cada uno y a su manera ha sido apoyo incondicional en mis derrotas, es por eso que hoy deseo que sean partícipes de mis triunfos, un peldaño más en mi carrera que es y será la mejor de las herencias.

A mi adorado hijo, por ser esa fuerza sobrenatural que me motiva a cumplir cada una de mis metas. Por ser amigo, confidente, dueño de mis alegrías y tristezas, aquel que me permite tener otra vida al compartir sus triunfos y derrotas, gracias a su apoyo incondicional durante 14 años, 4 meses y 20 días.

A mis entrañables hermanos y sobrino, por el amor y apoyo moral que siempre he recibido de ustedes. Gracias Eduardo, Alexis, Karen, Camila y Maito.

“Una vida sin ternura, sin mimos ni contemplaciones, sin caricias ni sonrisas, sin abrazos ni halagos, sin los te quiero y sin besos, es muerta”. Gracias querido Paúl por no dejarme morir en el intento.

A mis amigas, soy una persona que al igual que todos comete muchos errores, es por eso que tengo aprecio infinito por quienes se quedan a mi lado después de saber quién soy. Gracias Gabriela y Mary. Las aulas, lecciones, exposiciones, exámenes, trabajos grupales, recesos, salidas y hasta problemas no hubieran sido así de especiales sin ustedes; gracias por superar los días a mi lado, Anita, Viviana y Yuri.

LA AUTORA

AGRADECIMIENTO

Por medio de la presente, expreso mi infinita gratitud a las autoridades y docentes de la ilustre Universidad Nacional de Loja, por el apoyo brindado para forjarme como profesional.

Agradecimiento especial al Dr. Lyndon Zapata, prestigioso docente de la institución, por su acertada dirección mediante sus valiosos conocimientos y gran experiencia para la realización de este trabajo investigativo.

A las autoridades del Centro de Rehabilitación Social de Loja, por las facilidades brindadas para el satisfactorio cumplimiento de todos los objetivos planteados.

LA AUTORA.

TÍTULO

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE
EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PERSONAS
PRIVADAS DE LIBERTAD PABELLÓN FEMENINO DEL
CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LOJA”.

RESUMEN

En la etiología *del cáncer cervical*, hoy en día esta aceptada la participación del Virus Papiloma Humano (VPH), al igual que el incremento *notable de su incidencia*. Considerando la importancia de este problema, se realizó la presente investigación que pretendió determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el Virus Papiloma Humano con las actitudes y prácticas frente a esta infección en el grupo mencionado; conocer si las mujeres privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social de Loja tienen conocimiento sobre el VPH; evaluar el nivel de conocimiento sobre el VPH en el grupo de estudio; identificar qué actitud presentan las reclusas frente a la infección por VPH; establecer qué tipo de prácticas específicas realizan para la prevención y vigilancia de la infección por VPH; contribuir a mejorar el conocimiento y prevención de la infección por VPH en el grupo de estudio, mediante charlas informativas y entrega de trípticos instructivos sobre el tema. Esta investigación fue de carácter descriptivo, prospectivo, de corte transversal, aplicado a 15 mujeres privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social de Loja. Los datos obtenidos fueron recolectados mediante una encuesta realizada de forma personal, demostrando que la mayoría de la población no conocen sobre este virus y, quienes saben de él, la mayoría tienen un nivel bajo de conocimiento. Sin embargo quienes tienen un alto conocimiento y una actitud preocupada realizan prácticas que las predisponen a adquirir la infección. Se evidenció que no hay relación coherente entre, el nivel de conocimiento, con las actitudes y prácticas preventivas en el grupo estudiado. Por lo tanto esta investigación sirve como fuente de información sobre el tema, para lograr un mayor interés en la creación de programas de prevención y así reducir las cifras de incidencia de infección por Virus Papiloma Humano y cáncer de cérvix.

Palabras claves: Conocimientos, actitudes y prácticas; Virus del Papiloma Humano, Personas privadas de libertad.

SUMMARY

In the etiology of cervical cancer, the Human Papilloma Virus today is accepted your participation like the considerable increase of incidence. The importance of this problem was considered for the following investigation which search to determine the relation ship between the level of knowledge about HPV with attitudes and practices regarding this infection in said group; to know if the women deprived of liberty of the social rehabilitation center of Loja have knowledge about HPV; to evaluate the level knowledge about HPV in the group study; to identify who attitudes show the prisoners in front of the HPV; to establish what specific practices make for the prevention prevention and monitoring of HPV infection; to contribute improve the knowlegde and prevention of HPV infection in the study group, by talks and instructional triptych about of subject. This investigation is descriptive, prospective, transversal, applied to 15 women deprived of liberty in the Social Rehabilitation Center of Loja. The information was collected through a personal survey, demonstrating that most people do not know about the virus, and those which know about it, mostly have a low level of knowledge. However, those who have a high knowledge and one worried attitude perform predisposing practices for acquiring the infection. The conclusion is that there is no coherent relationship between, the level of knowledge, and attitudes with preventive practices in the study group. Therefore this investigation serves as a source of information about the topic, to achieve a greater interest in creating prevention programs and to reduce the incidence numbers of Human Papilloma Virus infection and cervical cancer.

Key words: Knowledge, Attitudes, Practices, Human Papilloma Virus; Persons Deprived of Liberty.

INTRODUCCIÓN

La infección por Virus papiloma humano (VPH) ha alcanzado en los últimos años gran importancia por dos hechos fundamentales: en primer lugar, por su relación etiológica con *el cáncer cervical*, y en segundo lugar por el *incremento notable de su incidencia* ⁽¹⁾. Es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes y, contradictoriamente uno de los virus menos conocido por la población sexualmente activa.

En la mayoría de los casos la infección por el virus de papiloma humano se contrae por vía sexual. Su mayor incidencia se encuentra en concordancia con el inicio de vida sexual temprana, la promiscuidad, la multiparidad y la depresión del sistema inmunitario del huésped. ⁽⁵⁾ Entre los factores más importantes en el progreso de infección por virus papiloma humano están: el tabaquismo, el empleo excesivo de anticonceptivos, infección por otras enfermedades de transmisión sexual y del tracto genital inferior. ⁽⁴⁾

El virus Papiloma Humano puede afectar a la piel, los genitales y las mucosas. Sin embargo los de transmisión sexual no infectan la piel extra genital, pero si la mucosa bucal, laríngea, anal y rectal. Los tipos 6 y 11 producen la verruga genital o condilomas acuminados que pueden transmitirse al recién nacido durante el parto vaginal y producir la papilomatosis laríngea. Las tipos de alto riesgo son asintomáticos.⁽⁴⁾ En los Estados Unidos, distintos tipos de cáncer relacionados con el VPH afectan aproximadamente a 17,500 mujeres y 9,300 hombres cada año. ⁽¹²⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el VPH es un problema de salud pública por ser la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo.⁽⁷⁾ Varios estudios indican que el 50% de hombres y mujeres sexualmente activos adquieren esta infección en algún momento de su vida. ⁽¹⁾ Se estima que hasta el 80% de las mujeres (8 de cada 10), adquirirán una infección por el virus del papiloma humano durante su vida reproductiva, antes de cumplir los 50 años. ⁽⁶⁵⁾

Actualmente 20 millones de personas a nivel mundial, están infectadas y se estima que existirán más de 6 millones de nuevos casos al año, se sugiere además que tres de cada cuatro personas que tienen relaciones sexuales se infectarán en algún momento de sus vidas. ⁽⁸⁾

Es de suma importancia el marcado incremento de enfermedades asociadas al virus papiloma humano, como cáncer laríngeo, faríngeo y ano-rectal, en las dos últimas décadas, no solo en norte América y Europa occidental sino también en países en desarrollo de América latina como Perú, Brasil, México y Ecuador. Este grupo de enfermedades, en conjunto, tienen en Ecuador una incidencia de 3.4 /100.000 habitantes. ^(1,12,7)

En Ecuador, la incidencia de verrugas ano genitales se estima entre 100 y 500 casos por cada 100.000 habitantes. Además 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical a causa del VPH. ⁽⁷⁾

La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes, con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en *Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000)*. ⁽¹⁴⁾

La población afectada en mayor porcentaje por VPH son las mujeres, más aún aquellas con un nivel socioeconómico bajo, así lo evidencia un estudio en República Dominicana en el 2002, realizado en 372 mujeres adolescentes, de las cuales 48 presentaron infección por HPV y se encontró que con relación al nivel socioeconómico el nivel bajo alcanzó el mayor porcentaje con el 64.6%. ^(5,7)

Generalmente son características propias de esta población; la falta de educación, ausencia de información sobre los riesgos y construcción de conductas tendientes al autocuidado de la salud. En las personas privadas de libertad estos factores son habitualmente más frecuentes, ya que están expuestas a condiciones propias de un sistema de vigilancia constante, coercitivo, alimentación deficiente y atención sanitaria inadecuada; generador de

de promiscuidad, violencia, ocio y enfermedades, que son elementos intrínsecos de la vida en la prisión, constituyendo una amenaza constante para la calidad de vida de estas personas y lo que es peor aún, un sistema que por diversas razones no ha desarrollado estrategias educativas que permitan a dicha población una reinserción a la sociedad así como actividades encaminadas a la prevención. (7,13)

En consecuencia de lo mencionado anteriormente, surge la importancia de mejorar el conocimiento para la prevención de la infección por VPH. Razón por la cual fue de interés realizar la presente investigación titulada “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD, PABELLÓN FEMENINO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LOJA”. El objetivo general fue “Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el HPV en las mujeres privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social de Loja con sus actitudes y prácticas frente a esta infección”. Como objetivos específicos me planteé: 1), *Conocer si las mujeres privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social de Loja tienen conocimiento sobre el VPH;* 2), *Evaluar el nivel de conocimiento sobre el VPH en el grupo de estudio;* 3), *Identificar qué actitud presentan las reclusas frente a la infección por VPH;* 4), *Establecer qué tipo de prácticas específicas realizan para la prevención y vigilancia de la infección por VPH;* 5), *Contribuir a mejorar el conocimiento y prevención de la infección por VPH en el grupo de estudio mediante charlas informativas y entrega de trípticos instructivos sobre el tema.*

El presente trabajo investigativo fue de tipo descriptivo, prospectivo, de corte transversal, se realizó en el Centro de Rehabilitación Social de Loja, el universo estuvo conformado por 57 mujeres privadas de libertad y como muestra 15 reclusas que cumplieron con los criterios de inclusión. Se recolectó los datos mediante una encuesta previamente validada para determinar los objetivos propuestos.

Los resultados demostraron que el 58% de la población no tiene conocimientos acerca del VPH. A diferencia del 42% que si tiene algún grado de conocimiento

sobre esta patología, constituyéndose el grupo en el cuál se determinó los demás objetivos planteados. El 53,33% es decir 8 de las 15 mujeres encuestadas que representan el 100% que indicaron tener conocimiento sobre el VPH, presentaron nivel bajo, el 33,33% nivel alto y el 13,34% nivel medio de conocimiento sobre el VPH.

Referente a las actitudes presentadas frente al VPH, el 80% indica que les preocupa adquirir la infección por el VPH, mientras que al 20% no les preocupa.

Con relación a las prácticas, se decidió, basándose en la literatura agrupar en prácticas preventivas y predisponentes, las segundas fueron las más destacadas con los siguientes resultados: el 100% de las mujeres no practicaban la abstinencia sexual secundaria e iniciaron las relaciones sexuales antes de los 16 años; el 53,33% tuvo dos parejas sexuales hasta el momento, el 40,00% tuvo tres o más parejas y el 6,67% una pareja sexual; en el uso de preservativo el 46,66% lo utilizan a veces, el 40% nunca lo utilizan y el 13,34% lo usan siempre. Como práctica de prevención secundaria se tomó la realización de controles de Papanicolaou en donde el 46,66 % lo hacen cada 1 a 2 años, el 33,33% no se han realizado nunca y el 20% cada 3 o más años.

En cuanto a la relación existente entre el nivel de conocimiento con actitudes y prácticas, se obtuvo como resultado las siguientes variables: 4 personas de Nivel alto y 5 de Nivel bajo con actitud preocupada y prácticas predisponentes representados con un 26,67% y 33,33% respectivamente; dos encuestadas presentaron un Nivel Bajo con actitud no preocupada y prácticas predisponentes que corresponden al 13,34%; dos mujeres de nivel de conocimiento medio, con prácticas predisponentes, una con actitud preocupada y una no preocupada representadas con el 6,67% cada una; finalmente hubieron 2 personas con actitud preocupada y prácticas preventivas, una perteneció al nivel alto de conocimiento y otra al nivel bajo, representadas con el 6,67% cada una.

REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

CONOCIMIENTO

DEFINICIÓN:

De acuerdo con Davenport (1997), el Conocimiento es *“información combinada con experiencia, contexto, interpretación y reflexión. Es una forma de información con alto valor que está lista para ser aplicada a las decisiones y a las acciones”*.

(15)

Se percibe que la información por sí sola no permite la generación de nuevo conocimiento o de soluciones a situaciones que se estén enfrentando, para esto se requiere de la participación del ser humano, quien hará uso de la información, la combinará con su experiencia en el marco de un contexto específico, interpretará y reflexionará con ello, para dar respuesta a la situación enfrentada en ese momento. (15)

TIPOS DE CONOCIMIENTO:

Según la clasificación propuesta por *De Long y Fahey (2000)*, que relaciona el conocimiento con los distintos componentes del capital intelectual, apuntando tres tipos de conocimiento. (16)

1. **Conocimiento humano.**- que representa lo que las personas saben o saben cómo hacer. Es demostrado a través de las habilidades y, normalmente,

comprende conocimiento tácito y explícito. Este tipo de conocimiento puede ser físico o cognitivo. ⁽¹⁶⁾

2. **Conocimiento social.-** es el que existe en las relaciones entre individuos o dentro de los grupos. Es de naturaleza tácita y está compuesto por normas culturales que existen como resultado del trabajo en conjunto. ⁽¹⁶⁾
3. **Conocimiento estructurado.-** es aquel que está incorporado en los sistemas organizacionales, procesos, reglas y rutinas. Este tipo de conocimiento es explícito y basado en las reglas. ⁽¹⁶⁾

OTROS TIPOS DE CONOCIMIENTO:

1. **Conocimiento Vulgar.-** se lo adquiere de manera diaria, donde la planeación del mismo no es indispensable. Establece una débil relación entre la causa y el efecto al no ejercer ningún tipo de control. Utiliza la experiencia propia y de los demás, método poco estandarizado y que no utiliza el consenso. Da solución a determinados problemas, para ello no utiliza reglas. ⁽¹⁷⁾
2. **Conocimiento Empírico.-** este tipo de conocimiento se caracteriza principalmente por un enfoque que se basa en la experiencia y que responde directamente a una u otra demanda social, a una u otra necesidad práctica. Una particularidad específica del tipo de conocimiento empírico es la subjetividad de los criterios en los que se basa la diferenciación de los distintos ángulos del fenómeno. ⁽¹⁸⁾
3. **Conocimiento Científico.-** es una construcción humana que tiene por objetivos comprender, explicar y actuar sobre la realidad. No es un conocimiento absoluto sino que está sujeto a reconstrucciones. ⁽¹⁹⁾

Por ende, la falta de conocimiento sobre la problemática del Virus del Papiloma Humano, los riesgos de padecer la infección, su íntima relación con el cáncer de

cuello uterino y de la realización del PAP como alternativa para la detección oportuna de la enfermedad constituye un factor negativo muy influyente que impide la adopción de medidas preventivas adecuadas por parte de las mujeres, cuyos antecedentes las hacen poblaciones de riesgo.

ACTITUD

DEFINICIÓN:

Las actitudes son la valoración que hace cada individuo de un estímulo como favorable o desfavorable, es la posición, la percepción, la forma de interpretar nuestra realidad. Por ello, las actitudes son modificables, pueden cambiarse, pueden reevaluarse a través de las experiencias y de la crítica de cada persona.⁽²⁰⁾

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD:

Las actitudes poseen tres elementos imprescindibles: afectivo, cognitivo y conductual:

- ***Afectivo:*** se relaciona con los sentimientos y emociones que presenta una persona determinada respecto a un estímulo, que puede ser: un individuo, una situación, un lugar, el tiempo. ⁽²⁰⁾
- ***Cognitivo:*** se refiere a las ideas u opiniones que se tiene sobre un estímulo.⁽²⁰⁾
- ***Conductual:*** sería aquel comportamiento concreto a raíz de la presentación de un estímulo. ⁽²⁰⁾

Está claro que cada persona se percibe responsable y afectado por las respuestas conseguidas a través de sus conductas, por tanto, existe una evidente relación entre comportamientos y actitudes, por tanto son evaluaciones afectivas hacia las respuestas del comportamiento, respuestas que afectan al individuo. ⁽²⁰⁾

FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES:

“El cuándo de la formación de las actitudes” estaría compuesto por diversas fases:

- 1° **A través del conocimiento.**- el individuo procede a ordenar, interpretar y clasificar la información que le llega del exterior para aumentar su comprensión y mejora su toma de decisiones. ⁽²⁰⁾
- 2° **El ajuste social.**- a través de la interiorización de las diversas actitudes grupales alcanza su identidad tanto personal como social. ⁽²⁰⁾
- 3° **Expresión de valores.**- mediante este paso cada persona refuerza el mantener la actitud alcanzada. ⁽²⁰⁾
- 4° **Función adaptativa.**- consiste en utilizar la actitud lograda para alcanzar las máximas satisfacciones y bienes. ⁽²⁰⁾

A nivel conductual, una actitud se expresa cuando, en base al conocimiento obtenido, en este caso sobre el VPH, luego de interiorizar y analizar dicha información, exteriorizamos nuestras percepciones al respecto ante los demás, manifestándolo mediante las diferentes prácticas.

PRÁCTICA

DEFINICIÓN:

Las prácticas son el ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas.⁽²¹⁾ Es decir, es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. El término siempre tiene que ver con la noción de algo que se realiza, que se lleva a cabo y que requiere determinado conocimiento o constancia para que los resultados sean los esperados. ⁽²²⁾

PRÁCTICAS PREVENTIVAS:

Vendrían a constituir un conjunto de recomendaciones, líneas informativas u orientaciones cuyo seguimiento debería redundar en la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo del colectivo, sector, actividad, etc., al que se encuentren dirigidas. ⁽²³⁾

Partiendo de esta definición, es necesario que al abordar el tema de la infección por el Virus del Papiloma Humano, los esfuerzos se orienten a la modificación de conductas de riesgo así como a identificar los factores que inciden en la decisión de adoptar conductas y hábitos positivos a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que lleven a modificar las prácticas negativas, reforzar las positivas y a tener conocimientos de las medidas de control. Basado en ello, es imprescindible identificar que Prácticas tiene la población en riesgo, respecto a la prevención de esta infección.

CAPÍTULO II

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

DEFINICIÓN DE VIRUS

Derivado del latín, que significa “veneno”. Son entidades orgánicas compuestas sólo de material genético, rodeado por una envoltura protectora. El término virus se utilizó en la última década del siglo XIX para describir a los agentes causantes de enfermedades más pequeños que las bacterias. Carecen de vida independiente, pero se pueden replicar en el interior de las células vivas, perjudicando en muchos casos a su huésped en este proceso. Los cientos de virus conocidos son causa de muchas enfermedades distintas en los seres humanos, animales, bacterias y plantas.⁽²⁴⁾

DEFINICIÓN DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Los virus del papiloma son virus ADN tumorales que se encuentran ampliamente en las especies animales. Estos virus son específicos para cada especie. El virus del papiloma que infecta a los seres humanos se llama virus del papiloma humano o VPH.⁽²⁵⁾

El virus Papiloma Humano puede afectar a la piel, los genitales y las mucosas. Sin embargo los de transmisión sexual no infectan la piel extra genital, pero si la mucosa bucal, faríngea, anal y rectal.⁽¹²⁾

EPIDEMIOLOGÍA

Nivel Mundial.- Se estima que alrededor de 20 millones de personas en el mundo están infectadas con el VPH. Las personas sexualmente activas contraerán la enfermedad en algún momento de su vida en un 50% aproximadamente. Se calcula que el 80% de mujeres contraerán la infección hasta los 50 años de edad.⁽⁸⁾

El VPH genital es considerado como una de las enfermedades de transmisión sexual más común en la población mundial. Se calcula que el 60-75% de la población sexualmente activa está infectada por algún tipo de VPH genital, sugiriéndose que la prevalencia en hombre es similar al de las mujeres. Los VPH de alto riesgo han sido encontrados en el 99.7% de los tumores cervicales analizados. Anualmente se detectan alrededor de 500,000 nuevos casos de cáncer cervical, el 80% de dichos casos se encuentra en países en vías de desarrollo. ⁽¹⁰⁾

En los Estados Unidos, distintos tipos de cáncer relacionados con el VPH afectan aproximadamente a 17,500 mujeres y 9,300 hombres cada año. Estos tipos de cáncer se podrían prevenir con vacunas. En hombres y mujeres, el VPH puede causar cáncer de ano y cáncer de boca y garganta (*de orofaringe*). También puede causar cáncer de cuello de útero, vulva y vagina en mujeres y cáncer de pene en hombres. ⁽¹²⁾

De acuerdo a los tipos de virus de papiloma humano, su prevalencia se encuentra de la siguiente manera: el VPH 16 es el más frecuente en el mundo, excepto en Indonesia y Argelia, donde el VPH 18 es el más común, la mayor distribución de VPH de alto riesgo oncogénico (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 58, 59), se encuentra en África y América Latina. Así mismo, el VPH 45 se presenta con alta frecuencia en África Occidental. Los VPH 33, 39 y 59 se concentran en Centro y Sur de América. ⁽¹¹⁾

Nivel Regional.- Un meta-análisis (Ciapponi y col.) publicado en 2011, muestra la prevalencia en América Latina y el Caribe de diferentes tipos de VPH sobre un total de 5540 cánceres estudiados. ⁽²⁶⁾

Para conocer el comportamiento del VPH en México se realizó un análisis estadístico de 13 años, (2000 – 2012); la información se obtuvo del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) en donde se observa un incremento notable, en el 2000 la incidencia fue de 10.44/100.000 habitantes (10.393 casos) mientras que para el 2012 fue del 34.31/100.000 habitantes (40.106 casos). Este aumento probablemente atribuido a falta de

información sexual y desconocimiento de la enfermedad. De la misma manera que la incidencia, la prevalencia por VPH ha mostrado un ascenso en su tendencia de 26% en el periodo 2000 – 2012. ⁽⁸⁾

La población afectada en mayor porcentaje por VPH son las mujeres, más aún aquellas con un nivel socioeconómico bajo, así lo evidencia un estudio en República Dominicana en el 2002, realizado en 372 mujeres adolescentes, de las cuales 48 presentaron infección por HPV y se encontró que con relación al nivel socioeconómico el nivel bajo alcanzó el mayor porcentaje con el 64.6%. ^(5,7)

Nivel Local.- En Ecuador, la incidencia de verrugas ano-genitales se estima entre 100 y 500 casos por cada 100.000 habitantes. Además 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical a causa del VPH. ⁽⁷⁾

La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes, con variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en *Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000)*. ⁽¹⁴⁾

HISTORIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

La primera descripción de las verrugas se encuentra en los escritos de Celso (25 años d.c). En 1793, Bell reconoció que no estaban relacionadas con sífilis; el origen de las verrugas lo postuló Ciuffo en 1907, y Strauss en 1949 identificó al virus. La transmisión sexual de las verrugas fue afirmada en 1954 por Barret. En 1960, Papanicolaou fue el primero en descubrir células originadas a partir de las verrugas. En 1969, Almeida señaló la heterogeneidad de los tipos del VPH y Meisels postuló al coilocito en la citología exfoliativa como patognomónico de infección de VPH en 1976. En ese mismo año se estableció la heterogeneidad genética de los papilomas, Gissman, Pfister y Zur Hausen identifican cuatro tipos de VPH diferentes en 1977. En 1983 se relacionó al VPH con cáncer, cuando Durst identificó ADN de VPH en cánceres cervicales. ⁽²⁷⁾

DESCRIPCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

CARACTERÍSTICAS DEL VPH

Los Virus del Papiloma Humano son un grupo de virus de ADN de doble banda que pertenecen a la familia Papovaviridae, no poseen envoltura, y tienen un diámetro aproximado de 52-55 nm. ⁽²⁸⁾

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 hecosaédricos y que serían usadas para la fabricación de vacunas profilácticas. ⁽²⁸⁾

Hacia el interior de la cápside se encuentra un DNA circular de doble cadena de aproximadamente 8000 pares de bases, constituido por ocho genes y una región regulatoria no codificante, la cual contiene sitios de unión para factores proteicos y hormonales del hospedero, necesarios para que el virus pueda completar su ciclo de replicación. ⁽²⁸⁾

El genoma del VPH, lo conforman dos tipos de genes, aquellos que son codificados en las etapas tempranas de la infección, (*conocidos como genes E*) y aquellos que son codificados durante las etapas tardías del ciclo de replicación del mismo, conocidos como L. Se conocen seis genes tempranos: E1, E2, E4, E5, E6 y E7 (*aunque se considera que E4 es en realidad un gene tardío*), y dos tardíos: L1 y L2. Los genes tempranos codifican proteínas involucradas en la replicación y regulación viral, así como en su capacidad carcinogénica. Por otro lado los genes tardíos codifican las proteínas estructurales que conforman la cápsida viral. ⁽²⁸⁾

Genes tempranos

- **E1:** ATPase y ADN helicasa; reconoce y está unido al origen viral de la replicación de ADN como un complejo hexamérico; es necesario para la replicación viral del ADN. ⁽²⁸⁾

- **E2:** Regulador principal de la transcripción viral genética; se une al promotor viral transcripcional como un dímero; implicado en la replicación viral del ADN; interactúa y recluta a la E1 al origen. ⁽²⁸⁾
- **E4:** Actúa tardíamente en el ciclo vital viral; interactúa con la queratina del citoesqueleto y los filamentos intermedios; localiza ND10; induce la detección de G2; se cree que facilita el ensamblaje del virus y su emisión. ⁽²⁸⁾
- **E5:** Induce la proliferación no programada; interactúa con la subunidad de 16k c de ATPase vacuolar; activa receptores de factores de crecimiento y otras proteínas quinasa; inhibe la apoptosis y el tráfico de complejos de MHC a la superficie celular. ⁽²⁸⁾
- **E6:** Induce la síntesis del ADN; induce telomerasa; previene la diferenciación celular; interactúa con cuatro clases de proteínas celulares; co-activadores transcripcionales, proteínas implicadas en polaridad de célula y motilidad; supresores tumorales e inductores de apoptosis, principalmente p53, y replicación del ADN y factores de reparación. ⁽²⁸⁾
- **E7:** Induce a la proliferación celular no programada; interactúa con factores de transcripción y enzimas remodeladoras de cromatina; activa los reguladores negativos y supresores del tumor, principalmente p105Rb; desestabiliza centrosomas y causa defectos mitóticos. ⁽²⁸⁾

Genes tardíos

- **L1:** Principal proteína viral estructural; se auto ensambla en capsómeros y cápsides; interactúa con L2 y con el/los receptor/es de la célula; contiene epítomos neutralizadores. ⁽²⁸⁾
- **L2:** La proteína viral estructural menor; interactúa con el ADN y con ND105; se cree que facilita el ensamblaje del virión; puede interactuar con el/los receptor/es de la célula; codifica el virus lineal que neutraliza epítomos. ⁽²⁸⁾

Los procesos previamente descritos permiten la proliferación celular no controlada con una mayor carga de mutaciones. Para la transformación maligna se requiere además, la expresión de un conjunto de genes encargados de permitir el desprendimiento de las células neoplásicas, la invasión a los tejidos

vecinos, facilitar la angiogénesis, eludir la respuesta inmune del huésped, metástasis a distancia, entre otras funciones. ⁽²⁹⁾

Cabe anotar que la diferencia en el riesgo para la progresión a carcinoma cervical radica en la persistencia de la infección y, por ende, a la integración del ADN viral al de la célula huésped. Los tipos de VPH de bajo riesgo tienden a permanecer como episomas, en tanto que los de alto riesgo se integran de forma covalente al ADN hospedero. Evidencia experimental sugiere que la integración al genoma es consecuencia de la inestabilidad y el compromiso de la integridad cromosómica en las células basales, todo ello auspiciado por la expresión de las oncoproteínas E6 y E7. La relativa expresión de los oncogenes y sus productos, podría estar directamente influenciada por el contexto de la secuencia en el sitio individual de integración.⁽³⁰⁾

MECANISMO DE ACCIÓN DEL VPH

El virus usa su energía e invade a la célula inyectando su propio ADN al núcleo de la célula invadida, la célula muere soltando su nueva producción de virus infectado a las demás células. El VPH no mata a la célula, por el contrario produce varias sustancias que protegen a la célula del envejecimiento, haciéndola casi “inmortal”, asegurando la reproducción perpetua de nuevos virus. Como ahora el ADN del virus es parte del material genético propio de la célula, cada vez que esta se divide su sucesora heredará el VPH. ⁽³¹⁾

Eventualmente la células infectadas se reproducen sin control he invaden el tejido subyacente, robando para ellas todos los nutrientes de las células normales. Este fenómeno produce los síntomas del cáncer. ⁽³¹⁾

Un vez que el VPH se introduce a la célula se vuelve parte integral de esta. La única forma de combatir el virus es destruyendo la célula, por lo tanto el VPH es incurable. Las mujeres clínicamente sintomáticas también pueden presentar ADN del VPH. Aunque los porcentajes varían, algunos reportan una positividad del 5% y otros hasta el 85%. Las diferencias tan marcadas se deben a factores

demográficos y conductuales de los grupos estudiados, así como las técnicas empleadas. ⁽³¹⁾

El microtrauma del epitelio genital, en particular en la zona de transformación del epitelio cervical, permite la exposición de las células basales en activa proliferación, a los diferentes tipos de VPH, permitiendo la unión entre el receptor de la célula basal con la proteína de la cápside viral L1, a nivel de su extremo carboxi terminal. ⁽²⁹⁾

Una vez unido el virus a la superficie celular, se produce su internalización al citoplasma de la célula huésped. Dos sistemas han sido reconocidos; el primero involucra un complejo proteico llamado **Clatrina**, utilizado por los tipos 16 y 18; el segundo, utiliza un grupo de proteínas principalmente **Caveolina**, denominado **endocitosis por caveolas**, en el que participa el VPH 31. Posterior a la endocitosis, existe evidencia en modelos de infección por partículas virales tipo 11 y 16 que la cápside viral experimenta degradación en el citoplasma celular, a través de un proceso de reducción química que daña los puentes disulfido que estabilizan la cápside, originando capsómeros y monómeros, los cuales son transportados al núcleo junto a pequeños fragmentos del ADN viral, con ello el genoma viral y las proteínas de la cápside participarían en los procesos de transcripción génica, replicación del ADN y maduración de viriones. ⁽²⁹⁾

Es posible definir una población viral no productiva, en el estrato basal, en la cual se mantiene la replicación del ADN viral bajo (*30-50 copias por célula infectada*), en forma extracromosómica, llamados episomas que se estructuran en base a histonas y material genético. Durante esta etapa se aseguraría que el ADN viral se distribuya difusamente por las células basales proliferantes y que al mantener un número reducido de copias se impediría la activación de la respuesta inmune. ⁽²⁹⁾

Las células basales proliferantes migran a los estratos parabasal y espinoso, amplificándose la expresión de genes virales tempranos a través de la región no codificante, los cuales permiten producir ADN a cientos de copias por célula; ésta

etapa es conocida como la fase vegetante, proliferante o productiva. En este proceso de replicación del ADN viral participan los genes tempranos y tardíos.⁽²⁹⁾

TIPOS DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Desde la 6ta década del siglo XX cuando Zur Hausen estableció la posible relación en el VPH y el cáncer del cuello uterino se han identificado más de 200 genotipos del VPH, de los cuales 30 tipos son causantes especialmente de infecciones anogenitales, 15 se han relacionado con el cáncer del cuello uterino y las lesiones premalignas de esta localización y de otras zonas mucosas. Son los denominados virus del alto riesgo, que tienen alto potencial oncogénico.^(28,33)

Un tipo se diferencia de otro en que los aminoácidos estructurales de la proteína mayor L1 de su cápsida presentan una diferencia secuencial superior al 10%. Se clasifican en cutáneos y mucosos.^(28,33)

Los tipos de VPH mucosos asociados con lesiones benignas (tipos 6 y 11 principalmente) son conocidos como tipos de "bajo riesgo" y se encuentran preferentemente en los condilomas acuminados, mientras que aquellos tipos asociados a lesiones malignas (tipos 16, 18, 30, 31, 33, 35, 45, 51 y 52, principalmente) son conocidos como virus de "alto riesgo", entre ellos, los VPH 16 y 18 son los oncogénicos más comunes, que causan aproximadamente el 70 % de los cánceres cervicales en todo el mundo. Otras clasificaciones menos estrictas incluyen a los tipos 56, 58 y 59, 68, 73 y 82, y los tipos 26, 53 y 66 como probablemente carcinogénicos.^(28,33)

HISTORIA NATURAL DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

La infección por VPH esencialmente es una enfermedad de transmisión sexual. De esta manera, tanto hombres como mujeres están involucrados en la cadena epidemiológica de la infección, pudiendo ser acarreadores asintomáticos, transmisores y también víctimas de la infección por VPH. Es por ello que los factores asociados con la infección por VPH esencialmente 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 de hombres. ⁽³²⁾

En la mayoría de los casos, las infecciones genitales por el VPH son transitorias y asintomáticas. Aproximadamente el 70% de las mujeres con infecciones por el VPH se tornan negativas por el ADN del VPH en un año y hasta el 91% de ellas se tornan negativas por el ADN del VPH en dos años. La duración mediana de las infecciones nuevas típicamente es de ocho meses. ⁽²⁵⁾

Las infecciones por el **VPH 16** tienden a persistir más tiempo que las infecciones por otros tipos de VPH, pero en su mayoría son indetectables a los 2 años. Se cree que el desarrollo gradual de una respuesta inmunitaria eficaz es el mecanismo más probable para el aclaramiento del ADN del VPH. Sin embargo, también es posible que el virus permanezca en un estado latente indetectable y luego se reactive muchos años después. Esto puede explicar por qué el VPH puede detectarse nuevamente en mujeres de mayor edad que han mantenido una relación de monogamia mutua prolongada. ⁽²⁵⁾

Muchas mujeres con infecciones transitorias por el VPH pueden desarrollar células escamosas atípicas de significancia indeterminada (*ASC-US*) o lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (*LSIL*), tal y como se detectan en una prueba de Papanicolau. Estas son anomalías citológicas leves que representan el efecto citopático causado por una infección por el VPH y pueden presentar una regresión espontánea. ⁽²⁵⁾

Únicamente alrededor de un 10% de las mujeres infectadas por el VPH padecerán de infecciones persistentes. Las mujeres con una infección persistente por el VPH de alto riesgo corren el mayor riesgo de presentar precursores de cáncer de cuello uterino de alto grado y cáncer. No está bien definido el riesgo de padecer de displasia moderada - avanzada o lesiones de neoplasia intraepitelial cervical de grados 2 ó 3 (*CIN II-III*), para las mujeres con un riesgo persistente de contraer una infección por el VPH de alto riesgo. Sin

embargo, el riesgo es mayor que el de las mujeres cuyas infecciones desaparecen espontáneamente. ⁽²⁵⁾

TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN DE VPH

La transmisión del VPH se produce habitualmente durante las relaciones sexuales. Pueden existir, sin embargo, algunas situaciones y circunstancias en las que la infección se pueda transmitir por vía extrasexual. Es conocida la transmisión vertical, durante el parto. Se ha demostrado que en niños y adultos, algunos genotipos del 1-4, se pueden transmitir a través de los dedos contaminados, por autoinoculación, produciéndose verrugas en el área anogenital sin que hayan tenido que existir abusos sexuales. Recientemente algunos trabajos han puesto de manifiesto la detección de VPH en la cavidad bucal y saliva de hombres y mujeres por lo que no se puede excluir el contacto sexual no genital, lo que implica nuevas interrogantes epidemiológicas, diagnósticas y terapéuticas. Se ha descrito la existencia de VPH en espéculos vaginales, en pinzas, guantes y en las puntas de las sondas de crioterapia, incluso después de la esterilización con antisépticos y limpieza con alcohol. Por último se ha señalado la posibilidad de la transmisión a través de ropa y se ha detectado ADN de papillomavirus en el humo generado después de la vaporización de lesiones condilomatosas con láser. De las situaciones anteriores se deduce la posibilidad del contagio del VPH por vía extrasexual en determinadas ocasiones, aunque la falta de contacto mucosa-mucosa, la escasa cantidad de partículas o la exposición del virus al medio ambiente hacen difíciles estas modalidades de contagio, que solamente podrían explicar una pequeña cantidad de casos pero no la mayoría, que se producen por vía sexual.⁽⁴⁶⁾

Los papilomavirus tienen un tropismo muy definido por las células del tejido epitelial estratificado queratinizado, es decir, únicamente infectan epitelios secos (piel) y mucosas (orales y genitales). Por tanto, la infección por VPH se transmite por contacto: genital-genital y oro-genital, y no es necesaria la penetración para la transmisión del mismo. El VPH infecta las células basales epiteliales a través de microabrasiones de la piel o de las mucosas. ⁽⁴⁰⁾

Los genotipos más frecuentes que se aíslan en el varón están en relación íntima con la forma clínica. Cuando existen condilomas acuminados, los genotipos 6 y 11, de bajo riesgo oncogénico, son los más habituales. En cambio, en las lesiones preneoplásicas y neoplásicas se encuentran con más frecuencia los genotipos 16, 18, 31 y 33, considerados de alto riesgo oncogénico. En infecciones subclínicas y latentes se pueden encontrar genotipos de alto o bajo riesgo y no es infrecuente una coinfección simultánea siendo habitual que en el transcurrir del tiempo tengan una diferente expresividad clínica ó que puedan quedar latentes, incluso el varón puede permanecer como un mero portador sin que llegue a manifestarse la enfermedad ni siquiera a nivel subclínico e incluso las partículas virales puedan llegar a desaparecer. ⁽⁴⁶⁾

FACTORES DE RIESGO PARA TRANSMISIÓN DEL VPH

Se cita a continuación los más importantes:

- **Primer coito a edad temprana.-** esto podría deberse a que la metaplasia es más activa en la adolescencia, estos son un grupo vulnerable a la transmisión de enfermedades sexuales debido a la inmadurez del tracto genital, sumado a la zona de transformación del cérvix. ⁽³³⁾ Además Implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años. ^(33,34) Al empezar una vida sexual activa antes de los 16 años tienen mayor actividad sexual y por consiguiente más tiempo de exposición y probabilidades de estar en contacto con diferentes tipos de virus del papiloma o bien tener mayor cantidad de inóculo (Tirado et al., 2005).^(25,37)
- **Número de compañeros sexuales y el número de parejas sexuales que éste tenga.-** El número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión

sexual, en cuya etiología participan virus encógenos. ⁽³⁴⁾ En relación a promiscuidad (*Figueroa y Valtierra*) refieren que las relaciones sexuales con varias parejas constituyen uno de los principales factores de riesgo para la infección por VPH. También reportan que aquellas mujeres con un solo compañero tienen menos riesgo de infección por VPH, mientras que las mujeres con más de un compañero sexual, presentan mayor riesgo para su adquisición. ⁽³⁸⁾

- **Nueva pareja sexual.-** por los antecedentes en sus conductas sexuales. ⁽³³⁾
- **Hombres no circuncidados.-** según varios estudios, la circuncisión masculina redujo la incidencia de la infección por el VHS-2 y la prevalencia de infección para el VPH, por el hecho de que desde el punto de vista anatómico evita el frotamiento en la retracción del prepucio sobre el glande, cosa que también previene microtraumatismos y humedad, donde puedan crecer los patógenos. ⁽³⁶⁾
- **Enfermedad de transmisión sexual primaria.-** sirven de agentes aceleradores de los efectos del VPH tales como el virus de inmunodeficiencia, virus del herpes simple tipo 2 y Chlamydia trachomatis (Mammas et al., 2009), entre otros. ⁽³⁷⁾
- **Embarazos múltiples.-** A pesar de no existir ninguna explicación definitiva se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por Papiloma Virus Humano. Además el aumento en el número de gestaciones ha mostrado una tendencia lineal en el riesgo de neoplasia cervical. Así, las mujeres que han tenido más de doce gestaciones corren un riesgo cinco veces superior de contraer este tumor maligno que aquellas que se han embarazado menos de tres veces. ^(34,35)
- **Inmunosupresión.-** la infección con el VIH hace que el sistema inmunológico de una mujer esté menos apto para combatir el VPH y los tumores cancerosos en sus primeras etapas. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquéllas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunológicas. Este grupo incluiría a mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune o aquéllas que se han sometido a un trasplante de órgano. ⁽³⁴⁾

- **Tabaquismo:** ya que produce metabolitos carcinogénicos que conllevan a anomalías celulares, disminución de la inmunidad e incremento de la displasia. ⁽³³⁾
- **Uso prolongado de anticonceptivos orales:** aumentan el riesgo de cáncer cervical en mujeres con VPH preexistente. ⁽³³⁾
- **Etnia negra:** tienen niveles más altos de infecciones con VPH comparados con mujeres de otras etnias. ⁽³³⁾
- **Bajo nivel socioeconómico.-** debido a un menor acceso a sistemas de salud y cribado. ⁽³³⁾
- **Falta o uso inadecuado del preservativo.-** El comportamiento inadecuado en la adolescencia puede tener repercusiones durante toda la vida, el acceso de información sexual dispersa, la mayor libertad y el desconocimiento de las consecuencias de una actividad sexual sin protección llevan a los adolescentes a incurrir en prácticas de riesgo para la salud. El uso incorrecto del preservativo o la ausencia del mismo en todas las relaciones sexuales predisponen al contagio del VPH y otras ITS. Una de las medidas de prevención que puede disminuir ese fenómeno es promoviendo un mayor conocimiento de los beneficios que proporciona su correcta utilización. Por otra parte el condón femenino no se ha tomado en consideración por la Secretaría de Salud para estar en el cuadro básico de métodos anticonceptivos por ser más costoso. Lo que conlleva a que las adolescentes no lo utilicen por estar fuera de su alcance, aunque éste permita aminorar los riesgos de contraer VPH porque cubre más área genital y puede brindar una mejor protección que el condón masculino, sin impedir al 100% el contagio del virus en áreas sin protección y laceradas.⁽³⁷⁾

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL VPH

El virus del Papiloma Humano puede infectar cualquier región del epitelio del aparato genital de la mujer, el complejo ano-perineal o el conducto anal de la mujer o del hombre. Aproximadamente el 80% de los casos el huésped eliminará la infección y en el 20% persistirá en fase latente, incluso por muchos años. Por mecanismos diversos, el virus puede pasar a una fase de expresión

activa con manifestaciones morfológicas clínicas y subclínicas. Las formas clínicas suelen ser benignas, mientras que las subclínicas pueden ser lesiones con potencial a evolucionar a enfermedad maligna. ⁽⁴¹⁾

FASES DE LA INFECCIÓN POR VPH

- 1. *Infección Latente:*** el papilomavirus se encuentra infectando las células o tejidos, los cuales son aun aparentemente normales y el paciente carece de signos clínicos; aun así el virus está presente y solo puede ser detectado mediante técnicas de biología molecular como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). ⁽⁴⁴⁾
- 2. *Infección Subclínica:*** el papilomavirus ha causado pequeños cambios microscópicos en las células epiteliales del cuello uterino o cérvix; esto se conoce como cambios coilocíticos o displasia, que se pueden evidenciar en las citologías de rutina o en una biopsia del tejido afectado. En esta fase de la infección la presencia del virus se puede detectar también macroscópicamente en un examen ginecológico de rutina mediante el empleo de una solución con yodo o con ácido acético; si se observan cambios de coloración es altamente probable la presencia de una lesión premaligna. Son de capital importancia, sobre todo desde el punto de vista epidemiológico, por ser totalmente invisibles al ojo humano. Por regla general, las lesiones subclínicas son aplanadas y múltiples. Su insignificancia clínica facilita el contagio y su persistencia está relacionada posiblemente con el cáncer genital, sobre todo en la mujer. ⁽⁴⁴⁾
- 3. *Infección Clínica:*** caracterizada por la presencia de tumores malignos; el virus es capaz de multiplicarse rápidamente, pudiendo causar infección de otros tejidos vecinos. ⁽⁴⁴⁾

LESIONES CLÍNICAS

La manifestación clínica habitual es la verruga, con sus diferentes tipos morfológicos: verrugas vulgares, verrugas planas, verrugas plantares,

epidermodisplasia verruciforme de Levandowsky-Lutz y finalmente aquellas que su transmisión es vía sexual y son las de interés en este apartado, las verrugas anogenitales o condilomas acuminados. ⁽⁴⁴⁾

Las lesiones clínicas iniciales que producen se conocen como verruga genital o condiloma acuminado que pueden surgir semanas o meses posteriores a una relación sexual, lo que está en función de la respuesta inmunológica de cada individuo. ⁽⁴¹⁾ Estos representan el signo más fácil de reconocer en la infección genital por VPH. ⁽⁴²⁾

La infección por VPH se expresa clínicamente en cuatro localizaciones anatómicas: piel; mucosa genital, laríngea y oral. ⁽⁴²⁾

Verrugas Genitales.- son neoformaciones vegetantes de tamaño y color variable, a lo largo de la historia, los condilomas acuminados han tenido múltiples denominaciones: higos (para griegos y romanos), vegetaciones venéreas, verrugas gonocócicas, verrugas venéreas, crestas de gallo en México. Aparecen como papilas individuales o en grupo, planos o elevados. ⁽⁴²⁾

Suelen ser blando, de coloración rosa pálido, pediculados, en forma de racimo de uvas o en forma de coliflor, no dolorosos y en ocasiones sangrantes por el roce del tejido, sobre todo cuando se localizan a nivel del ano. ⁽⁴²⁾

– **En zonas húmedas:** se observan como una lesión hiperplásica pediculada de base ancha, de color rosado o blanco, carnosa, blanda, puede tener forma en “cresta de gallo”. Pueden macerarse e infectarse. ⁽⁴³⁾

– **En zonas secas:** asemejan su aspecto a una verruga vulgar. Pueden presentarse como lesiones secas e hiperqueratósicas o incluso como papulomáculas pigmentadas (*marrón, gris azulado, conocidas como papulosis bowenoide*).⁽⁴³⁾

En piel se presentan como lesiones secas e hiperqueratósicas o incluso como pápulas pigmentadas. En su evolución, los condilomas acuminados pueden permanecer indefinidamente con las características anteriores, involucionar o extenderse de forma progresiva. En este último caso pueden formar grandes placas infiltradas y de aspecto tumoral y mamelonado, que llegarán incluso a borrar las características anatómicas de la región sobre la que asientan (*condilomatosis gigante*). Otra forma clínica es la de pápulas múltiples, que oscilan entre 1 y 6 mm de diámetro, induradas y localizadas en los límites de la mucosa con la piel (*condilomas papulares*).⁽⁴⁴⁾

La localización más frecuente de las lesiones varía de acuerdo al género:

- **En la mujer,** los condilomas acuminados exofíticos aparecen primero en la horquilla vulvar, en los labios mayores y menores, pero por las condiciones de humedad del aparato genital femenino y posibles infecciones asociadas se suelen propagar a toda la vulva, periné y área perianal y el cuello uterino. En la vulva y el periné pueden manifestarse como condilomas exofíticos o como lesiones de tipo papuloso, micropapilar o macular. Los condilomas acuminados localizados en el ano, suelen ser también exofíticos y pueden estar relacionados con el coito anal, pero también con la posible propagación de secreciones vulvares. Es imprescindible la exploración genital y anal conjuntamente.⁽⁴⁴⁾
- **En el hombre,** las zonas más frecuentemente afectadas son el frenillo, el surco balanoprepucial y la mucosa del glande y el prepucio. La uretra puede resultar también afectada, pero en la parte anterior. También pueden localizarse condilomas acuminados en el escroto y en zonas perigenitales, siendo generalmente formas subclínicas. La localización de los condilomas acuminados en la región anal suele estar relacionada con el coito anal en un 90 % de los casos. En el 50 % de ellos pueden afectar a la mucosa rectal. Es preciso explorar la zona mediante anoscopia. El aspecto clínico suele ser papilomatoso.⁽⁴⁴⁾

Las verrugas externas en ambos sexos hacen pensar en la existencia de lesiones internas, aunque estas últimas pueden existir sin verrugas externas, de manera particular en las mujeres. ⁽⁴⁵⁾

Manifestaciones orales.- se observa con mayor frecuencia en el labio superior e inferior, frenillo lingual, dorso de la lengua y comisuras. Este tipo de lesiones se observan con mayor frecuencia en personas con VIH en fases avanzadas de la infección, el mecanismo de transmisión lo constituyen las prácticas orogenitales con personas con VPH. ⁽⁴²⁾

DIAGNÓSTICO

Las lesiones por el VPH pueden afectar de forma aislada o multicéntrica y multifocal a cualquier parte del tracto genital inferior y región perineoanal, razón por la que, ante cualquier lesión detectada, debe hacerse un estudio exhaustivo del cuello uterino, vagina, vulva, uretra, perineo y ano, y es recomendable el estudio de la pareja o parejas sexuales por el especialista. ⁽⁴³⁾

Aunque el diagnóstico de las infecciones manifiestas por el VPH resulta habitualmente clínico, la posible presencia de infecciones subclínicas, asintomáticas o latentes, así como la necesidad de determinación de la infección y del tipo de VPH implicado (de alto o bajo riesgo) han hecho desarrollarse, en estos últimos años, una amplia variedad de técnicas diagnósticas. ⁽⁴⁵⁾

Las técnicas disponibles son morfológicas para detección del virus (citología, colposcopia e histopatología, incluso de microscopia electrónica), inmunohistoquímicas para detección del antígeno (Ag) viral en la lesión, y basadas en la detección del ADN viral mediante hibridación o amplificación. ⁽⁴⁵⁾

De todos modos, no existe el método ideal para el diagnóstico de una infección por VPH y su validez depende de la forma de infección. Éste debería responder a las cualidades de ser rápido, económico, sensible, específico, aplicable a muestras no invasivas y capaz de tipificar el VPH implicado en la lesión. ⁽⁴⁵⁾

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Deberá incluir en la mujer una inspección minuciosa con buena iluminación de toda la vulva y región perineoanal y un examen detallado con espéculo del cuello uterino y la vagina, dada la frecuente multicentricidad de la infección. En el hombre se inspeccionarán cuidadosamente el glande y el meato uretral, el prepucio y el surco balanoprepucial, el tallo del pene, el escroto y la región perianal. ⁽²⁸⁾

MÉTODOS MORFOLÓGICOS

- **Citología.** La citología mediante tinción de Papanicolaou puede detectar alteraciones celulares (coilocitosis) que son indicativas de una infección por el VPH, si bien debe tenerse en cuenta que la citología no es un método diagnóstico sino de cribado de lesiones preneoplásicas. Con dicho método se objetiva un porcentaje relativamente alto de falsos diagnósticos negativos, en buena parte condicionados por defectos en la recogida de las muestras, y un porcentaje algo menor de falsos positivos por aplicar criterios citológicos demasiado amplios en casos de citologías inflamatorias. En todo caso, ante una citología compatible con infección por el VPH, debe practicarse una colposcopia. Los exámenes citológicos rutinarios como único método diagnóstico plantean problemas de sensibilidad, pues al menos un 10-15% de mujeres con Papanicolaou negativo y colposcopia normal presentarán ADN de VPH en la citología, por lo que es una técnica de muy poca utilidad en el diagnóstico de esta infección. ⁽²⁸⁾
- **Colposcopia.** La colposcopia detecta las lesiones subclínicas como epitelios blancos, de morfología y extensión variables, que aparecen tras la aplicación de ácido acético al 5%. Ante cualquier evidencia clínica o sospecha citológica de infección por VPH o lesión intraepitelial en la mujer, dada la frecuente multicentricidad y multifocalidad de la infección, debe hacerse un examen colposcópico de todo el tracto genital inferior. La prueba del acético por sí sola es bastante inespecífica en vulva, dado que el vestíbulo puede blanquear ante cualquier proceso inflamatorio, y algo

inespecífica en cuello uterino, razón por la que siempre debe ser valorada por el colposcopista. ⁽⁴⁶⁾

En el varón se deben estudiar aquellas lesiones sugestivas de condilomas o las denominadas acetoblancoas, con la ayuda de la penoscopia. Se debe proceder a un cepillado enérgico de la piel del prepucio, frenillo, surco balanoprepucial, glande, meato uretral, fosa navicular, y mucosa anoperineal o de aquellas zonas que la exploración clínica considere sospechosas. Las muestras de orina tienen menor rentabilidad⁵⁶. En el varón, el valor diagnóstico de la citología exfoliativa de las lesiones condilomatosas y, sobre todo, de las lesiones acetoblancoas son de escaso valor. ⁽⁴⁶⁾

- **Biopsia.** Toda lesión colposcópica sospechosa debe ser biopsiada. Básicamente, las verrugas genitales en muy pocas ocasiones precisan una confirmación histológica, dado su escaso porcentaje de asociación con lesiones preneoplásicas. No obstante, se recomienda biopsia en todos los condilomas cervicales localizados en la conjunción escamosocilíndrica y, en el resto, sólo en casos de duda, cuando la lesión no responde al tratamiento o incluso empeora durante el mismo, en pacientes inmunodeprimidos o cuando son pigmentados, fijos y ulcerados, y en todo caso de condiloma gigante o de lesiones papulares o maculares, por la posible patología neoplásica o preneoplásica añadida. ⁽⁴⁶⁾

Los epitelios acetoblancoas en el cuello uterino deben biopsiarse, especialmente los que están localizados en la unión escamosocolumnar por su implicación en las lesiones precursoras, y en la vagina sólo se biopsiarán los epitelios blancos extensos o que presenten signos colposcópicos de agravación, puesto que pueden incluir lesiones intraepiteliales vaginales más raras. En vulva, dada la escasa especificidad de los epitelios blancos en esa localización, por la existencia frecuente de procesos inflamatorios y atróficos, sólo se aconseja biopsiar aquellos que aparezcan bien delimitados y/o multifocales con tendencia a confluir. La biopsia a partir de la lesión sospechosa es una forma rutinaria y establecida de confirmar el diagnóstico

histopatológico y permite un diagnóstico de gran precisión sobre el grado de lesión precursora o malignidad. ⁽⁴⁶⁾

- **Microscopia electrónica.** Aparte de no ser asequible a muchos patólogos, sólo permite diagnosticar las viriones en células maduras, y es escasamente útil en las lesiones precursoras. ⁽⁴⁶⁾

MÉTODOS INMUNOHISTOQUÍMICOS

En la actualidad, se puede utilizar el método clásico para detección de anticuerpos anticápside, empleando anticuerpos policlonales frente a antígeno común de proteínas tardías. Este método no permite la diferenciación del tipo ni la detección de infecciones mixtas, frecuentes en CIN. ⁽⁴⁶⁾

Los métodos inmunohistoquímicos también tienen como inconvenientes la baja sensibilidad (positivos sólo en el 30-50% en condilomas, siendo el grado de positividad inverso al grado de CIN). Los anticuerpos policlonales sólo tiñen células que expresan proteínas tardías, y no detectan infecciones latentes y probablemente tampoco la mayoría de infecciones subclínicas, por la escasa cantidad de antígeno presente en las células infectadas. No son de utilidad como predictores pronósticos de la enfermedad por su ausencia de correlación con la evolución clínica. La utilización de anticuerpos antiproteínas de regiones codificadoras específicas podría paliar algunos de estos inconvenientes en el futuro próximo. ⁽⁴⁶⁾

DIAGNÓSTICO MOLECULAR DEL VPH

Las ventajas de los métodos moleculares son las siguientes: detectan el ADN incluso cuando está integrado; son los únicos métodos fiables para detectar la mayoría de infecciones (resuelven el problema de las infecciones subclínicas y latentes); presentan una elevada sensibilidad y especificidad, y son los únicos métodos que permitirán identificar el tipo de VPH y la presencia de infecciones mixtas. ⁽⁴⁷⁾

La clasificación de estos métodos se hace según:

1. Técnicas de hibridación molecular (las más utilizadas hasta la aparición de la reacción en cadena de la polimerasa [PCR], con el inconveniente de que necesita mayor cantidad de ADN).⁽⁴⁷⁾
 - Southern-blot, Dot-blot, hibridación en fase líquida: requieren extracción previa y purificación del ADN de la muestra clínica (no aplicables a priori a muestras fijadas con formol o parafinadas).⁽⁴⁷⁾
 - Técnicas de hibridación in situ en sus distintas modalidades: no requieren extracción ni purificación de ADN y se pueden aplicar a muestras fijadas con formol o parafinadas.⁽⁴⁷⁾
2. Técnicas de amplificación del genoma (PCR) con su enorme sensibilidad (límite teórico de una sola partícula) lo que supone a la vez su mayor ventaja e inconveniente.⁽⁴⁷⁾

Una ventaja añadida a la PCR es su utilidad a partir de, prácticamente, cualquier muestra (cortes parafinados, raspados cervicales, exudado vaginal, orina en casos de papilomas en meato uretral, etc.), aunque la validez evidentemente cambiará para cada una de ellas. La extracción de ADN de las muestras en este caso se simplifica cada vez más.⁽⁴⁷⁾

En la actualidad, existen dos tipos de cebadores (secuencias genéticas que definen la región genómica que se amplificará), con numerosas variantes. Los denominados cebadores de "consenso", que se describen a partir de secuencias altamente conservadas del genoma entre los diferentes tipos de VPH y, por tanto, servirán como cribado en la detección de los VPH más importantes (6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 38, 40, 42, 45, 51-59 y otros), y los cebadores específicos de tipo. Se han utilizado los cebadores basados en ORF-L1 o los de ORF-E6, que detectan en este caso genes asociados a tumores VPH -positivos. Estos ORF-E6 son aconsejables en caso de carcinomas, donde puede ocurrir que ORF-L1 quede suprimida en la integración. Se han realizado combinaciones de cebadores de regiones L1 y E1 para incrementar el intervalo de tipos detectables. La combinación de GP-PCR (general primer) y TS-PCR (tipo específico) (GP/TS-PCR

amplificaciones) a partir de suspensiones de células sería un sistema aplicable para programas de cribado. ⁽⁴⁷⁾

Las modernas técnicas de captación de híbridos (HC) se basan en una hibridación en microplaca con amplificación de señal por quimioluminiscencia, que permite detectar ADN del VPH. El procedimiento es fácilmente automatizable y más asequible que las técnicas de PCR. Estas técnicas, especialmente la captura de híbridos de segunda generación (HCII), detectan de forma simultánea un cóctel de 13 tipos virales de alto riesgo en una reacción y 5 tipos de bajo riesgo en una segunda reacción (con frecuencia no realizada en clínica). Esta tecnología permite identificar a las mujeres con tipos oncogénicos y, por tanto, con un mayor riesgo de progresión. Diferentes estudios confirman el valor de esta técnica para la detección de lesiones de alto grado entre las mujeres cuyas citologías presentan leves atipias escamosas o glandulares de significado incierto (ASCUS/AGUS) o cambios compatibles con lesiones precursoras de bajo grado. ⁽⁴⁷⁾

Por último, trabajos muy recientes de determinación de la carga viral de VPH de alto riesgo ponen de manifiesto que una carga viral elevada es un factor de riesgo mayor para el desarrollo del carcinoma in situ y puede predecir su aparición antes de que aparezcan las alteraciones citológicas. ⁽⁴⁷⁾

Diagnóstico de infección por VPH. Características generales y comparación de las técnicas de diagnóstico ⁽⁴⁷⁾			
Método	Identificación de genotipo	Infección latente	Complejidad técnica
Citología	No	No	No
Colposcopia	No	No	No
Inmunohistoquímica	No	No	No
Dot-blot	Sí	Sí	No
Hibridación <i>in situ</i>	Sí	Sí	No
Captura de híbridos	Alto/bajo riesgo	Sí	No
Southern-blot	Sí	Sí	Sí
PCR (reacción en cadena de la polimerasa)	Sí	Sí	Sí/No

TRATAMIENTO

El objetivo terapéutico es eliminar las verrugas sintomáticas e inducir períodos libres de lesiones. No obstante, hasta el momento, no existen evidencias de que algún tratamiento logre erradicar el virus o modificar su historia natural. Además, eliminar las lesiones no reduce la infectividad. El tratamiento óptimo sería aquel capaz de inducir una respuesta inmunológica del huésped virus-específica a través de la producción de una reacción local inflamatoria con liberación de citoquinas. En lo que respecta al manejo de las verrugas genitales o anogenitales la modalidad seleccionada depende del caso en particular: tamaño, número, localización y morfología, es aconsejable cambiarla en caso de que no resulte eficaz al cabo de tres ciclos de tratamiento. ⁽⁴⁸⁾

Libradas a su evolución natural, las verrugas suelen involucionar espontáneamente. Se ha sugerido una relación entre la remisión espontánea y una activación de la respuesta inmunitaria mediada por células. Otras lesiones pueden aumentar de tamaño o número. Una amplia variedad de tratamientos están disponibles para las verrugas genitales; no obstante pocos han sido adecuadamente evaluados a través de estudios randomizados, controlados con placebo; los comparativos entre diversas modalidades son también escasos al mismo tiempo que la eficacia relativa es difícil de determinar; las posibilidades de éxito en la eliminación de lesiones así como la duración del tratamiento y los índices de recurrencia dependen de varios factores incluyendo el sitio, el tipo y la extensión de las verrugas, así como de la modalidad terapéutica empleada. ⁽⁴⁸⁾

La modalidad más apropiada para el tratamiento de las verrugas genitales variará de paciente en paciente y de acuerdo a la experiencia del profesional actuante y la disponibilidad de la terapéutica. Los tratamientos pueden ser clasificados como aquellos administrados por el profesional en su consultorio o los que se aplica el mismo paciente y hay que tener en consideración las preferencias del paciente al respecto, dado que algunos eligen la privacidad y conveniencia de la autoaplicación, mientras que otros pueden no sentirse a gusto o capaces de realizarse el tratamiento a sí mismo. ⁽⁴⁸⁾

TRATAMIENTO EN CONSULTORIO

Ácido tricloroacético

El ácido tricloroacético (TCA) es un queratolítico con acción cáustica sobre la piel y las mucosas. Destruye las verrugas por coagulación química de las proteínas celulares lo que resulta en necrosis tisular. Se aplica en concentraciones que varían desde el 50 % a la saturación; se coloca sobre las lesiones con pincel o hisopo, en capas finas hasta que se forme una escara blanquecina. El ardor asociado se alivia con bicarbonato de sodio o agua fría. Puede colocarse sobre piel, semimucosas o mucosas variando la concentración de acuerdo con la zona. Las aplicaciones deben reiterarse, cada 1 a 2 semanas por un promedio de seis sesiones, aunque la ausencia de efecto visible en la 3^o aplicación requiere un replanteamiento del diagnóstico y el tratamiento. Se obtiene una resolución entre el 60 al 80 % y son frecuentes las recurrencias (alrededor del 40%). Puede asociarse al podofilino, colocando primero el TCA, para mejorar los resultados. Como secuelas, hipo/hiperpigmentación e incluso cicatrices siguiendo a erosiones y exulceraciones. No debe aplicarse sobre lesiones premalignas o malignas. El tratamiento con TCA es recomendable en embarazadas y en niños. ⁽⁴⁸⁾

Podofilina

La resina de podofilina sigue siendo de gran utilidad pese a algunas desventajas (irritación, necrosis). Se usa en concentraciones entre el 25-50% en etanol, que aumenta la penetración de la droga, o en tintura de benjuí compuesta que mejora la permanencia del producto sobre la lesión. El agente activo, la podofilotoxina, actúa como citotóxico inhibiendo las mitosis en metafase. En sus lineamientos de 2002 el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomienda la podofilina aplicada en consultorio. Se aplica una pequeña cantidad sobre cada verruga, con la precaución de no contactar con piel sana, y se deja secar al aire. Unas 4 horas más tarde se enjuaga la zona con agua para evitar irritación local y efectos tóxicos por absorción sistémica. Se deben realizar

1 a 2 aplicaciones semanales por tres semanas y, solamente en caso de observarse respuesta positiva, continuar hasta la desaparición de las lesiones.⁽⁴⁸⁾

La tasa de curación se reporta entre un 20 a 50% y las recurrencias oscilan entre el 20 al 60%. Únicamente debe aplicarse sobre lesiones intactas, no erosionadas ni ulceradas y se desaconseja su uso en lesiones grandes. Se puede indicar en poblaciones pediátricas, pero se debe ser cauto. El uso de podofilina está contraindicado en embarazadas (es teratogénico), y en pacientes con hipersensibilidad, diabéticos, zonas con deterioro de la circulación, mucosas, ojos.⁽⁴⁸⁾

Interferón

El interferón (INF) es una proteína con potencial antiviral, antitumor y actividad inmunomoduladora. Se trata de un producto manufacturado empleando tecnología de recombinación de ADN. La FDA ha aprobado las inyecciones intralesionales de INF-alfa-n3 para tratar las verrugas genitales refractarias al tratamiento convencional. El esquema terapéutico consiste en 250.000 UI (0,05 ml) en la base de cada verruga con una aguja de 30; dos veces a la semana hasta un máximo de 8 semanas, sin exceder los 2,5 millones UI por sesión de tratamiento. Otro de los esquemas sugiere inyectar 0,1 ml de un preparado de 10.000 U en 1 ml de diluyente, en cada lesión, tres veces por semana por 3 semanas.⁽⁴⁸⁾

En verrugas grandes puede aplicarse INF en varios puntos de la base hasta un total de 0,05 ml por verruga. La tasa de recurrencia alcanza el 20 a 40%. Entre sus desventajas se mencionan el costo y los efectos adversos sistémicos : fiebre, mialgias, síntomas gripales, dislipidemia, alteraciones de las series hematológicas. No debe administrarse combinado con IL-2, teofilina, cimetidina, zidovudina y vinblastina por riesgo de toxicidad sistémica.⁽⁴⁸⁾

Crioterapia

Es efectiva en cualquier localización (aún periorificial), en lesiones de diversos tamaños y aún en niños y en embarazadas , está contraindicada en vagina por el riesgo de perforación. Esta modalidad requiere un buen entrenamiento para lograr los mejores resultados sin secuelas. El criógeno más empleado es el nitrógeno líquido que se puede aplicar con la técnica de spray o con un hisopo de algodón. La metodología más efectiva es la de congelación/descongelación/congelación. Se congelan las lesiones y unos pocos milímetros por fuera, por 15 a 20 segundos, a veces se requiere más tiempo, incluso hasta 1 minuto; las aplicaciones se pueden repetir cada 1 o 2 semanas pero la falta de respuesta en la 3º sesión requiere un replanteamiento del manejo diagnóstico/terapéutico. La crioterapia actuaría no sólo destruyendo las lesiones por criocitolisis sino estimulando la respuesta inmune en el área.⁽⁴⁸⁾ La tasa de respuesta es alta (70- 90%), las secuelas escasas y las recidivas se dan en alrededor del 25%. Los resultados no son buenos cuando se tratan lesiones rectales. Entre las reacciones adversas se describe dolor, erosión, ulceraciones e hipopigmentación posinflamatoria. La eficacia de la criocirugía no ha sido evaluada en estudios randomizados, controlados con placebo, no obstante en un estudio comparativo ésta mostró mayores tasas de limpieza de lesiones que el podofilino (79% vs 41%) ; en relación a la electrocirugía hay datos controversiales, Simmons y col no encontraron diferencias significativas mientras que Stone reportó un mayor éxito con la electrocirugía; otros ensayos no mostraron diferencias significativas entre TCA y criocirugía después de 6 a 10 meses de tratamiento. ⁽⁴⁸⁾

Cirugía

La excisión quirúrgica usando bisturí, curetaje o tijeras remueve directamente las verrugas permitiendo además el estudio histopatológico de la pieza. Este procedimiento es muy útil para un número pequeño de lesiones queratinizadas de fácil acceso; pero en especial para las lesiones del canal anal e intrauretral; su efectividad es muy alta. Las recurrencias han sido estimadas en alrededor de un 20%. La mayor ventaja es que el paciente se libra de sus lesiones en una

sola visita a su médico; y por ende es más satisfactoria que otras terapéuticas, aunque tiene algunos efectos adversos como posible cicatriz y sangrado; se hace con anestesia. ⁽⁴⁸⁾

Electrocirugía

Si bien la electrodesecación puede ser usada, la técnica más común es la excisión eléctrica con asa por la cual la lesión es removida por la inserción de un pequeño electrodo en la dermis superficial. De acuerdo con algunas publicaciones los índices de eliminación de lesiones son altos: 60-90% de los pacientes después de 3-6 semanas, y ha demostrado ser dos veces más efectiva que el podofilino y la criocirugía y similar al láser. ⁽⁴⁸⁾

Láser

El láser de dióxido de carbono se indica para tratar lesiones extensas primarias o recurrentes; requiere anestesia local, regional o general. Se han reportado tasas de curación de hasta el 91%. Se lo recomienda como terapia de elección en embarazadas con lesiones extensas o que no responden al TCA. No obstante se han descrito casos de infectividad asociada al tratamiento habiéndose constatado la presencia de HPV en la pluma del láser. El láser pulsado se ha usado con tasas variables de éxito. ⁽⁴⁸⁾

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

El tratamiento de las lesiones puede ser aplicado por el mismo paciente lo que facilita el cumplimiento y le evita la reiteración de visitas al consultorio. Pero se requiere una adecuada comprensión del esquema terapéutico. ⁽⁴⁸⁾

Podofilotoxina

Consiste en un preparado de podofilina químicamente sintetizada o aislada y purificada de especies coníferas (*Juniperus* y *Podophyllum*), presentada al 0,15% en crema y al 0.5% en gel o solución, que se aplica con hisopo, dos veces

al día durante tres días consecutivos con un período de descanso de 4 días; los ciclos deben reiterarse por 4 semanas. Se debe advertir al paciente que no tiene que aplicar el preparado sobre las lesiones ulceradas y no debe exceder los 0.5 ml/dl de solución ó 0,5 gramos de gel al día por área de 10 cm² para evitar efectos sistémicos. Su efectividad ha sido demostrada en una variedad de estudios randomizados, doble ciego, contra placebo en los cuales las tasas de eliminación de lesiones han ido del 37 al 91% al final de por lo menos 4 ciclos; es en general considerada como más útil para verrugas blandas no queratinizadas. Hay pocos datos disponibles acerca de si la sustancia tiene algún efecto sobre la carga viral o la expresión génica viral. Los efectos adversos más frecuentes son sensación de quemazón, prurito, dolor, inflamación, erosión y sangrado. ⁽⁴⁸⁾

Imiquimod

El imiquimod es una imidazoquinolina que actúa como modificador de la respuesta inmunológica estimulando la síntesis y liberación de citoquinas y quemoquinas (INF-alfa) y factor de necrosis tumoral (TNF) derivadas de macrófagos y monocitos, con activación de linfocitos Th1. Tiene actividad antiviral y antitumoral. Fue aprobado por la FDA en 1997 para tratar las verrugas genitales externas y perianales en pacientes inmunocompetentes. Se utiliza en crema al 5% que el paciente aplica por la noche, en una capa fina, tres veces por semana durante 16 semanas. Por la mañana, el remanente debe removerse con agua y jabón. El beneficio del imiquimod comienza a hacerse aparente a partir de la 8^o semana observándose tasas de aclaramiento completo del 37 a 70%. Y las recurrencias aproximadamente del 15%. La respuesta clínica se acompaña de disminución del ADN y el ARNm del HPV para E7 y L1. También resulta eficaz para tratar la infección por HPV en pacientes HIV+, en quienes reduce el área de lesiones anogenitales. Entre los efectos adversos del imiquimod, que son mínimos, se describen eritema, dolor, excoriaciones y hasta ulceraciones y se debe suspender ante cualquiera de estas complicaciones. No se recomienda su uso en mujeres gestantes ni para tratar lesiones internas (rectales, vaginales, uretrales). ⁽⁴⁸⁾

OTRAS OPCIONES

5- Fluorouracilo (5-FU)

Se emplea en preparaciones de crema al 3-5% en 1 a 2 aplicaciones por semana, por 10 semanas o en crema al 1%, dos veces a la semana por 2 a 6 semanas; se debe remover luego de 8 hs de aplicado. Las tasas de curación son variables (10- 90%), con bajas recurrencias. Se lo menciona como alternativa para las verrugas vaginales con un aplicador, el cual debe llenarse hasta un tercio con una crema de 5-FU al 5%, 1 a 2 veces a la semana por 10 semanas consecutivas. La vulva y la uretra deben protegerse con vaselina y colocarse un tampón para evitar la irritación del introito. Es en general mal tolerado dada la frecuencia de efectos adversos locales (irritación, ardor, dolor, erosiones, edema). No obstante se emplea para prevenir las recurrencias en pacientes inmunocomprometidos durante las 4 semanas subsiguientes a la ablación de las lesiones. Está contraindicado en embarazadas. En un estudio reciente se lo ha encontrado útil en aplicación intralesional al 5% (administrado por el médico en consultorio).⁽⁴⁸⁾

Cidofovir

Es un antiviral el cual ha resultado efectivo para tratar pacientes inmunocomprometidos con HPV anogenital recurrente severo y neoplasia intraepitelial cervical grado 3. Se ha ensayado el cidofovir tópico al 1% en pacientes con lesiones perianales, comprobándose una tasa de curación del 32% con regresión parcial de las lesiones en el 60% y una menor tasa de recurrencias, comparada con la electrocoagulación. Los efectos adversos reportados fueron dolor leve asociado a dermatitis erosiva. El producto se aplica únicamente a lesiones externas y visibles, por 5 días consecutivos con una permanencia de 5 horas cada día, y remoción posterior con agua y jabón. Los ciclos se repiten con intervalos de 1 semana por un total de 18 semanas.⁽⁴⁸⁾

Interferones

Pueden usarse en forma tópica pero son muy poco efectivos, la inyección intralesional da resultados variables y los estudios de su administración sistémica, no exenta de efectos indeseables, no son concluyentes. ⁽⁴⁸⁾

Retinoides

La isotretinoína a 1 mg/kg/día se ha usado en casos muy severos asociada a otros tratamientos, en un intento de reducir el tamaño de las lesiones. ⁽⁴⁸⁾

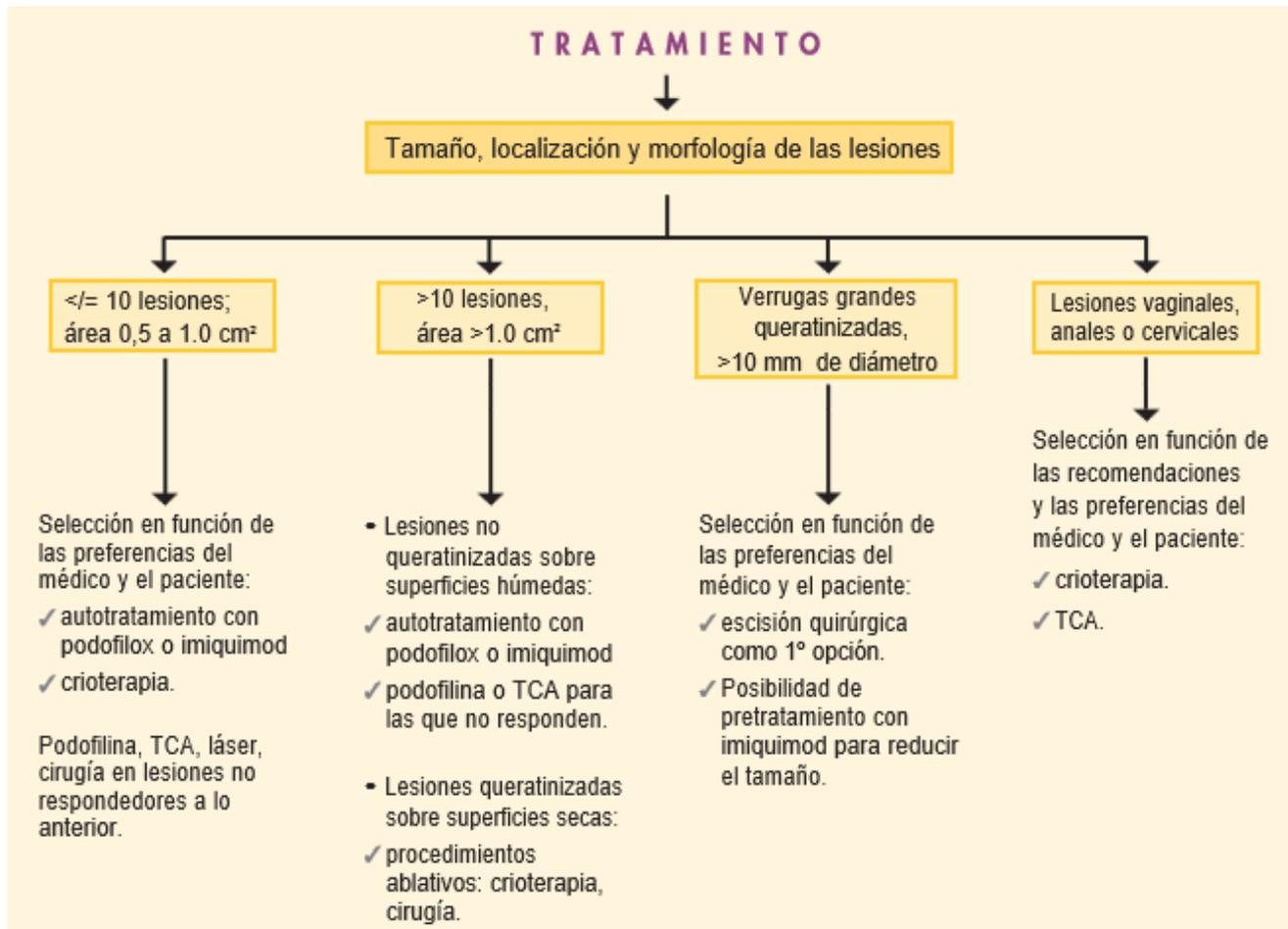
Vacunas

El desarrollo de una vacuna tiene un gran impacto contra la infección de HVP y los tumores asociados al virus. Serán mencionadas posteriormente. ⁽⁴⁸⁾

Terapia génica

Hay en investigación tratamientos virales específicos como la técnica de la triple hélice y oligonucleótidos antisense. ⁽⁴⁸⁾

ALGORITMO TERAPÉUTICO ⁽⁴⁸⁾



PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL VPH

CÁNCER DE CÉRVIX

El cáncer de cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix, que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a un cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal.

A nivel mundial, los tumores genitales femeninos (sin incluir el cáncer de mama) representan, una quinta parte de los tumores de la mujer, siendo el más frecuente el de cérvix (12%). Aproximadamente la mitad de los casos fallecen a consecuencia de la enfermedad. En España, los tumores genitales representan

una proporción menor, alrededor del 16% de los tumores femeninos, lo cual es debido a la baja incidencia del cáncer de cérvix. ⁽⁴⁹⁾

El rol del virus papiloma humano (HPV) como agente causal del cáncer cervicouterino ha sido firmemente establecido, encontrándose DNA de este virus en 99,7% de muestras tumorales de mujeres de distintas zonas del mundo. Asimismo, se ha comprobado la participación de los genes de HPV denominados E6 y E7 en el proceso de la oncogénesis. Ocho tipos de HPV son responsables del 90% de los cánceres cervicales: 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 y 35. Los tipos de HPV 16 y 18 son los más comunes, dando cuenta del 70% de los cánceres de células escamosas y 89% de los adenocarcinomas/carcinomas adenoescamosos. Resultados combinados de distintas zonas geográficas del mundo muestran que el tipo HPV 16 produce entre 53,5 y 54,6% y el HPV 18 entre 15,8 y 17,2% de los cánceres cervicales.⁽⁵¹⁾

La naturaleza causal de esta asociación se basa en: ⁽⁴⁹⁾

- 1) La detección regular de ADN viral en las células neoplásicas de los tumores;
- 2) La demostración de la expresión oncogénica virales (genes E6 y E7) en tejido tumoral pero no en tejido sano.
- 3) Las propiedades de transformación de los genes E6 y E7.
- 4) El requerimiento de la expresión de E6 y E7 para mantener el fenotipo maligno de líneas celulares de carcinoma cervical.
- 5) La interacción de las oncoproteínas virales con las proteínas reguladoras del crecimiento de las células huésped.
- 6) Los resultados de múltiples estudios epidemiológicos realizados en distintas poblaciones, con distintos diseños, demuestran de forma coherente e inequívoca que las infecciones por ciertos tipos de VPH son, sin excepción alguna, el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical.

Co-factores del VPH en la carcinogénesis cervical

A pesar de que se considere al VPH como la causa necesaria de virtualmente todos los casos de cáncer de cérvix, no todas las mujeres infectadas por VPH de

alto riesgo desarrollan HSIL o carcinoma invasor. De hecho, es bien conocido clínica y epidemiológicamente, que la gran mayoría de mujeres infectadas resuelven espontáneamente su infección siendo sólo una pequeña fracción las que experimentan una persistencia, frecuentemente subclínica, que las pondrá en un riesgo elevado de progresión neoplásica. Por lo tanto, a pesar de ser la causa necesaria del cáncer de cérvix, la infección por VPH no es de ninguna manera una causa suficiente para el desarrollo de este tumor. Consecuentemente, si sólo algunas mujeres infectadas progresan a HSIL/cáncer probablemente existen otros factores o co-factores que, interaccionando con el VPH modulan el riesgo de progresión. ⁽⁴⁹⁾

Se han descrito co-factores virales, genéticos y relacionados con la conducta de la mujer o medioambientales. **Los determinantes virales de progresión incluyen:** el tipo viral, la carga viral por unidad celular, las variantes filogenéticas, y la integración con el DNA celular. **Los posibles co- factores genéticos:** incluyen los marcadores de susceptibilidad genética, los factores que regulan la respuesta inmunitaria celular y humoral a la infección por el VPH, HLA, y el p53, entre otros muchos. ⁽⁴⁹⁾

En las mujeres infectadas por VPH, **los principales co-factores de progresión medioambientales identificados en estudios epidemiológicos son:** el tabaco, el uso prolongado de contraceptivos orales y una alta paridad.⁽⁴⁹⁾

- ✓ El tabaco tiene una acción moderada multiplicando aproximadamente por 2 el riesgo de progresión neoplásica en la mujer infectada.
- ✓ La utilización prolongada de los contraceptivos orales puede resultar un factor favorecedor de la persistencia de VPH y de la progresión a neoplasia. Este hallazgo, sumado al efecto de la paridad, observado en algunos estudios epidemiológicos, sugiere que el ambiente hormonal endógeno y exógeno puede modular el riesgo de progresión desde infección viral hasta HSIL y carcinoma invasor. ⁽⁴⁹⁾

Estas observaciones concuerdan con observaciones clínicas que describen una exacerbación de las infecciones por VPH durante el

embarazo y estudios experimentales que evidencian la hormono-dependencia in vitro de las regiones E6 y E7 del VPH 16. ⁽⁴⁹⁾

Otros co-factores descritos son la infección por Chlamydia Trachomatis y HSV2, probablemente debido a la cervicitis crónica. La inmunodepresión inherente a la co-infección por VIH es un factor determinante de progresión neoplásica. ⁽⁴⁹⁾

Del conjunto de riesgos resultantes de estos co-factores probablemente depende el riesgo global de persistencia del VPH, requisito necesario en la carcinogénesis cervical, y por lo tanto del riesgo real para que una mujer infectada desarrolle HSIL y eventualmente cáncer. ⁽⁴⁹⁾

PREVENCIÓN DEL VPH Y CÁNCER CERVICOUTERINO

La prevención primaria se ha convertido en una oportunidad realista para tratar de evitar el contagio por VPH, aunque el verdadero y relevante objetivo es la prevención de enfermedades malignas y premalignas del cérvix, además de otros tipos de cáncer relacionados a esta infección. ⁽³³⁾

Las principales medidas descritas para prevención primaria son la educación a la población en relación a la importancia de ésta patología, sus factores de riesgo y de prevención, como también la vacunación por virus papiloma humano (VPH).⁽³⁴⁾

1.- Educación a la Población

Esta estrategia debe incluir una adecuada educación en salud sexual, especialmente en grupos adolescentes concientizándolos de sus conductas sexuales, haciendo énfasis en los factores de riesgo y cómo prevenirlos. ⁽³⁴⁾

- **Factores que disminuyen el riesgo de infección por VPH.** ⁽³³⁾

- ✓ Retrasar el inicio de las relaciones sexuales (coito).
- ✓ Evitar el contacto con varias parejas sexuales a lo largo de su vida.

- ✓ No mantener relaciones sexuales al mismo tiempo con varias personas.
- ✓ Al tener una nueva pareja, indagar sobre sus antecedentes de parejas sexuales anteriores.
- ✓ Evitar mantener encuentros sexuales informales. (prostíbulos, parejas ocasionales).
- ✓ Procurar la abstinencia sexual secundaria, es decir si ya se inició vida sexual activa, limitar al máximo su número de parejas sexuales posteriores, absteniéndose hasta que sea un compromiso formal.
- ✓ **Uso consistente del preservativo.-** un estudio donde se evaluó a 82 mujeres universitarias entre 18 a 22 años las cuales tuvieron su primer encuentro sexual dos semanas antes o durante el periodo de estudio, lanzo que el uso de preservativos masculinos efectivamente reduce el riesgo de transmisión de hombre a mujer de la infección genital de VPH cervical y vulvovaginal. Mujeres que sus parejas usaron 100% el preservativo hubo una reducción hasta de 70% de adquirir la infección comparado con aquellas mujeres cuyos parejas usaron preservativos menos del 5% del tiempo. Incluso mujeres cuyas parejas usaron preservativos más de la mitad del tiempo tenían 50% de reducción del riesgo, comparado con las parejas que usaron condones menos del 5% del tiempo.
- ✓ Mantenerse informado sobre las infecciones de transmisión sexual.
- ✓ Circuncisión masculina.
- ✓ Vacunación.

Se ha observado en estudios randomizados de intervención comunitaria, que la educación aumenta el nivel de conocimiento en las mujeres y también favorece en menor medida la actitud positiva para la toma del examen de Papanicolaou (PAP) y la adherencia a los programas de tamizaje. Además, estudios descriptivos han demostrado que el uso de estrategias para invitar a las mujeres a hacerse el PAP o rescatar a las inasistentes, aumentan la adherencia al tamizaje. ⁽³³⁾

2.- Vacunación profiláctica

Las vacunas profilácticas contra el VPH fueron hechas con subunidades (pseudo- cápsidas virales) generadas por auto ensamblaje de L1, la principal proteína de la cápsida, de los tipos 16, 18, 6 y 11, aislados o en combinación con sustancias estimuladoras de la respuesta inmune. Estas vacunas generan respuesta del tipo de anticuerpos neutralizantes en el suero. Como no existe viremia, entonces las IgG deben actuar en la superficie del epitelio para neutralizar a los virus, o quizás exista neutralización intracelular. ⁽²⁸⁾

Por otra parte, existen las vacunas terapéuticas que inducen respuesta inmune, dependiente de la acción de los linfocitos T CD4+, que redundan en la formación de antígenos citotóxicos específicos CD8+. 58 Entonces podría haber varios tipos de vacunas terapéuticas: ⁽²⁸⁾

- Para que sean efectivas tras la exposición al VPH.
- Para que sean efectivas frente a lesiones de bajo grado de malignidad.
- Para que sean efectivas frente a lesiones de alto grado de malignidad.

Según un panel de expertos reunidos en octubre 21-23 del 2004, en Niza, Francia, se planteó entre otros detalles que la vacunación debía comenzar entre los 9-13 años de edad. ⁽²⁸⁾

Según el documento de Consenso Europeo relativo a la vacunación se plantea que ya hay dos vacunas profilácticas disponibles, que son inmunógenas, carecen de ADN viral y no tienen capacidad infectiva, replicativa ni oncogénica. ⁽²⁸⁾

El objetivo final a largo plazo de las vacunas frente al VPH es la prevención del cáncer invasor de cuello de útero. Objetivos asociados son la prevención de los otros cánceres relacionados con el VPH: vulva, vagina, ano, pene y orofaringe. ⁽²⁸⁾

Persiguen tres objetivos.

- **A corto plazo.** Obtener un impacto apreciable en la disminución de resultados citológicos anómalos y de neoplasias intraepiteliales cervicales de bajo grado. ⁽²⁸⁾
- **A mediano plazo.** Es la prevención de las lesiones precursoras del cáncer del cuello uterinos, de alto grado. También podrían prevenir las neoplasias de vulva y vagina, sobre todo, la tetravalente. ⁽²⁸⁾
- **A largo plazo.** Prevención del cáncer invasor del cuello uterino. ⁽²⁸⁾

GARDASIL

La vacuna Gardasil es producida por Merck & Co. Inc. (Whitehouse Station, New Jersey, USA; Sanofi Pasteur MSD, Lyon, France). Es una vacuna tetravalente, producida a partir de la proteína L1 en forma de partículas similares al virus obtenidas de células de la levadura (*Saccharomyces cerevisiae* CANADE 3C-5 (Cepa 1895) recombinante. La vacuna es absorbida en hidroxifosfato de aluminio amorfo como adyuvante que protege contra cuatro tipos de VPH: 6, 11, 16 y 18.⁽⁹⁾

Se administra en una serie de tres inyecciones por vía intramuscular en un periodo de seis meses (meses 0, 2 y 6). Esta vacuna demostró una eficacia clínica de un 100 % hasta 8,5 años. La vacuna fue aprobada por la FDA para varios fines: prevenir el cáncer de cuello uterino fundamentalmente, algunos cánceres vulvares y vaginales causados por los tipos 16 y 18, así como para prevenir el cáncer de ano y lesiones anales precancerosas en hombres y mujeres causadas por los tipos 16 y 18. También fue aprobada con el objetivo de prevenir verrugas genitales causadas por los tipos 6 y 11 de los VPH y ser administrada a ambos sexos que sus edades estén comprendidas entre 9 y 26 años. La vacuna en estudios de monitoreo presentó una eficacia para VPH asociado a NIC grado 2-3 y VPH asociado a verrugas genitales en un 100 % y entre un 98 y 100 %, respectivamente. En un trabajo realizado para observar la eficacia de esta vacuna contra cualquier tipo de NIC o CCU relacionados con el VPH 6, 11, 16 y 18, en una población de 17 622 mujeres, se observó una eficacia del 96%. En una investigación más reciente con mujeres hasta la edad de 45 años, se

observó una eficacia de la vacuna tetravalente de un 92,4 % contra las enfermedades relacionadas con los tipos de VPH presentes en ella.⁽⁹⁾

CERVARIX

Es producida por GlaxoSmithKline (GlaxoSmithKline, GSK Rixensart, Belgium). Es una vacuna bivalente, está dirigida a los dos tipos de VPH 16 y 18. Es producida a partir de la proteína L1 de estos genotipos del VPH. Es producida por tecnología del ADN recombinante que utiliza un sistema de expresión en Baculovirus a partir de células Hi-5 Rix4446, derivadas de Trichoplusia ni. Es adyuvada con AS04 que contiene 3-O-desacil-4'-monofosforillípido A y adsorbida en hidróxido de aluminio hidratado.⁹La pauta de vacunación es de tres dosis a cero, uno y seis meses: una dosis inicial, seguida de una segunda dosis un mes después y una tercera a los seis meses de la primera dosis por vía intramuscular. La vacuna frente al CCU demostró una eficacia mantenida del 100% en un seguimiento de 6,4 años. Hasta el momento, esta vacuna demostró una mayor duración de la protección respecto a otras frente al CCU. Fue aprobada por la FDA para el uso en mujeres de 9 a 25 años de edad para la prevención del cáncer cervical, causado por los tipos 16 y 18. Es la primera vacuna específicamente diseñada para proteger contra CCU. La vacuna Cervarix, en investigaciones de monitoreo, presentó una eficacia de un 100 % para el VPH y el VPH asociado a NIC grado 2-3. Villa et al. (2005) encontraron un 100 % en su estudio sobre la eficacia de la prevención de infecciones o lesiones y para la persistencia de la infección un 95,1%.⁽⁹⁾

También, Herrero et al. (2011) obtuvieron una eficacia del 90,9 % frente VPH 16 y 18 y además, observaron una eficacia de inmunidad cruzada de un 44,5 % frente al VPH 31, 33 y 45. En un análisis combinado de la eficacia inicial y estudios prolongados de seguimiento observaron una eficacia de la vacuna del 100 % contra las NIC o lesiones asociadas con los tipos de vacunas.⁽⁹⁾

No se ha comprobado que una de estas dos vacunas proporcione protección completa contra la infección persistente por otros tipos de VPH, aunque hay datos iniciales que sugieren que ambas vacunas podrían proporcionar

protección parcial o cruzada contra otros tipos de VPH que pueden causar cáncer de cérvix por lo que es importante que las mujeres sigan realizándose los exámenes selectivos de detección del CCU. Actualmente se siguen desarrollando otras vacunas a partir de la VLP de la proteína L1 con E7, L2, o la fusión de L2 con E6 y E7, o la fusión L2 con E2 y E7, así como otras vacunas contra otros subtipos más frecuentes de VPH u otras con semejantes características a las que se encuentran en el mercado. ⁽⁹⁾

PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones. El propósito es detectar los primeros síntomas sobre los cuales el paciente no es consciente o de los que no tiene conocimiento, de manera que la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad. La metodología para tamizaje de cáncer cérvico uterino más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou (PAP), la cual consiste en una citología exfoliativa del cérvix. ⁽³⁴⁾

EXAMEN DE PAPANICOLAOU

La prueba de Papanicolaou es una prueba de detección, no de diagnóstico. Por lo tanto, el resultado anormal de una prueba de Papanicolaou podría significar que es necesario realizar otras pruebas, incluyendo a veces pruebas para determinar si en realidad hay un cáncer o un precáncer. Las pruebas que se usan incluyen un colposcopio (con biopsia) y un raspado endocervical. Si una biopsia muestra un precáncer, los médicos toman medidas para evitar que se origine un verdadero cáncer.

Colposcopía: Es el primer procedimiento para confirmación diagnóstica, en todas las pacientes, excepto en aquellas con lesión macroscópica evidente.

Biopsia exocervical y/o endocervical: De acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico.

Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou

Las mujeres en actividad sexual, pueden seguir el esquema diseñado por **Walton**, quien propone que la toma de muestras debe iniciarse cuando la mujer comienza su vida sexual. Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomarán cada tres años. Mientras que, las mujeres que tienen alto riesgo, tienen como característica, inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. En nuestro país este sector de la población es, desgraciadamente, el más numeroso. ⁽³⁴⁾

Así mismo:

- ✓ A partir de los 30 años de edad, las mujeres que hayan tenido tres pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas cada dos o tres años. ⁽³⁴⁾
- ✓ Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más Prueba de Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. ⁽³⁴⁾
- ✓ Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) también pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. ⁽³⁴⁾

El sistema Bethesda

El objetivo de ésta prueba es el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer de cuello de útero invasor en mujeres con vida sexual activa, e incluso en edad geriátrica justificándose su uso hasta ésta edad porque el cáncer cérvico uterino y sus precursores pueden presentar una latencia por largos períodos que pueden ser de 10 ó más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NICI)

hasta un cáncer invasor. Los hallazgos se clasifican de acuerdo a la clasificación de Bethesda. ⁽³⁴⁾

Tabla 1.2.— Clasificación citológica de Bethesda, 2001⁶: resultados e interpretaciones. (50)

1. Negativo para lesión intraepitelial o malignidad:

Cuando no existe evidencia celular de neoplasia, aunque existan otros hallazgos no neoplásicos como microorganismos.

2. Células epiteliales anormales

2.1 Células escamosas

2.1.1 Células escamosas atípicas (ASC) (*atypical squamous cells*).

- de significado indeterminado (ASC-US) (*atypical squamous cells of undetermined significance*).
- que no pueden excluir lesión escamosa intraepitelial de alto grado (ASC-H) (*atypical squamous cells cannot exclude HSIL*).

2.1.2 Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL) (*low grade squamous intraepithelial lesion*). Incluye infección por VPH / displasia leve / CIN 1 (*cervical intraepithelial neoplasia de grado 1*).

2.1.3 Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL) (*high grade squamous intraepithelial lesion*). Incluye displasia moderada y severa / CIN 2 (*cervical intraepithelial neoplasia de grado 2*) y CIN 3 (*cervical intraepithelial neoplasia de grado 3*) / carcinoma escamoso *in situ*.

2.1.4 Con características sospechosas de invasión.
Si se sospecha invasión.

2.1.5 Carcinoma escamoso.

2.2 Células glandulares

2.2.1 Células glandulares atípicas (AGC) (*atypical glandular cells*): células endocervicales, células endometriales o células glandulares sin especificar origen.

2.2.2 Células glandulares atípicas, posiblemente neoplásicas.

2.2.3 Adenocarcinoma endocervical *in situ* (AIS).

2.2.4 Adenocarcinoma endocervical, endometrial, extrauterino o sin especificar.

CAPÍTULO III

PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (PPL)

Realidad de las personas privadas de libertad

La realidad de las cárceles muestra una cantidad ilimitada de factores que inciden de manera negativa en la salud integral de estas personas. Las condiciones de sobrepoblación y hacinamiento, a veces difíciles de controlar, facilita el desarrollo de enfermedades infectocontagiosas. Además, es conocido que la presencia de hechos de violencia, de conductas adictivas y de riesgo de enfermedades de transmisión sexual son elementos intrínsecos de la vida en prisión, constituyendo una amenaza constante para la calidad de vida de las personas detenidas. Un gran porcentaje de la población privada de la libertad proviene de áreas marginales, cuyas condiciones están enmarcadas en una cultura caracterizada por la pobreza, el desempleo, la violencia, las adicciones, y la inasistencia sanitaria. ⁽⁶⁴⁾

Una variedad de factores intervienen en la salud de los individuos y de las comunidades. Desde esta visión integral, la salud de las personas concebidas como sujetos sociales es el resultado de la acción interdependiente de la herencia o carga genética, los hábitos y estilo de vida, el medio ambiente físico y sociocultural, entre otros. Entendiendo que el individuo se desarrolla en interacción con el entorno, su salud estará estrechamente ligada a los niveles de salud de su comunidad. ⁽⁶⁴⁾

El sistema de detención opera como un círculo vicioso para esta población, en tanto queda marginada nuevamente por las características propias de un sistema de vigilancia constante, coercitivo, con sobrepoblación, alimentación y atención sanitaria inadecuados, generador de promiscuidad, violencia, ocio, enfermedades, y lo que es peor, un sistema que por diversas razones no ha desarrollado estrategias educativas que permitan a dicha población una reinserción en la sociedad. ⁽⁶⁴⁾

CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE LOJA

Las provincias Loja y Zamora Chinchipe cuentan con un sólo centro de rehabilitación social ubicado en la ciudadela “Los Faiques” del cantón Loja. En dicho centro se internan tanto varones como mujeres, pero separados internamente. Adjunto también funciona el Centro de Detención Provisional y en la actualidad es dirigido por el Dr. Benjamín Monteros.⁽⁵⁴⁾

Los internos cuentan con talleres de carpintería, mecánica, artesanías y espacio para practicar deporte. Las mujeres trabajan en panadería y manualidades.⁽⁵⁴⁾

El centro tiene capacidad para internar a 150 personas de acuerdo al Ministerio de Justicia, pero hasta el 20 abril de 2012, la población carcelaria asciende a la cifra total de 690, de los cuales 633 son varones (436 con sentencia) y 57 son mujeres (41 sentenciadas).⁽⁵⁴⁾

En abril del 2013 La Fundación de Protección Social “Funvisol” emprendió la Campaña “Dona un Libro”, con el fin de incentivar la lectura y las ganas de seguir estudiando de las internas. Estos textos serán entregados para la conformación de la biblioteca para las señoras privadas de libertad dentro del pabellón de mujeres.⁽⁵⁵⁾

Además de esta obra, Funvisol mantiene talleres de bailoterapia que se realizan desde hace un año con los privados de libertad han permitido tener un mayor acceso y diálogo de ayuda social. Los simulacros de incendios con el personal de la institución y las brigadas de salud son con las que también han trabajado durante este lapso. Entre semana, las internas participan de los talleres de microfinanzas y emprendimiento así como primeros auxilios.⁽⁵⁵⁾

Las talleres, encuentros deportivos y actividades culturales no sólo ayudan a mejorar la calidad de vida de las internas, también les permite rebajar sus penas en un determinado porcentaje.⁽⁵⁵⁾

Un tema que no puede dejarse de lado es la salud de las mujeres, así Funvisol realiza campañas para el control de la diabetes e hipertensión.⁽⁵⁵⁾

MISIÓN

Velar por el acceso a una justicia oportuna, independiente y de calidad, promover la paz social, la plena vigencia de los Derechos Humanos, el ejercicio de cultos y su regulación, mejorar la rehabilitación y su reinserción social en las personas adultas privadas de libertad y el desarrollo integral en adolescentes en conflicto con la ley penal, mediante normas, políticas, programas, proyectos y actividades coordinadas con las instituciones relacionadas. ⁽⁵⁶⁾

VISIÓN

Al 2017 el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos habrá logrado la plena vigencia de los Derechos Humanos, la transformación del sistema de justicia, la regulación del ejercicio de cultos, la atención integral a personas adultas privadas de libertad y adolescentes en conflicto con la ley penal al convertirse en un referente de gestión pública a nivel nacional e internacional. ⁽⁵⁶⁾

MATERIALES Y MÉTODOS

METODOLOGÍA

➤ TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo **descriptivo**, porque permitió determinar la relación existente entre las variables. **Prospectivo**, de corte **transversal** porque se estudió las variables en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

➤ ÁREA DE ESTUDIO

El presente trabajo se realizó dentro del perímetro urbano de la Provincia de Loja, Cantón Loja, Parroquia San Sebastián, Barrio Zamora Huayco, Calles Av. Río Zamora Huayco y Emiliano Ortega, en el Centro de Rehabilitación Social de Loja.

➤ TIEMPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo fue elaborado en el período de octubre del 2014 a febrero del 2015. Se realizó la encuesta el día 19 de noviembre del 2014 a las 9 de la mañana, posteriormente se llevó a cabo la charla informativa y entrega de trípticos.

▪ UNIVERSO

Estuvo conformado por 57 Personas Privadas de Libertad del Pabellón Femenino del Centro de Rehabilitación Social de Loja.

▪ MUESTRA

Formada por 15 mujeres privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social de Loja, con edades comprendidas entre 20 y 61 años, que cumplieron con los siguientes criterios.

✓ **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Mujeres privadas de la libertad que desearon participar voluntariamente del estudio.
- Personas privadas de la libertad del género femenino, que supieron leer y escribir.
- Poseer algún nivel de conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano.

✓ **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Mujeres privadas de libertad que no desearon participar en el estudio.
- Aquellas personas privadas de libertad del género femenino, que no sabían leer ni escribir.
- No poseer ningún nivel de conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano.

➤ **MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para el desarrollo del estudio se procedió a la realización de una encuesta, en forma personal que obtuvo los datos enmarcados en los objetivos específicos propuestos y el análisis de las respuestas vertidas en la misma, con previa autorización del director del Centro de Rehabilitación Social de Loja y consentimiento informado de las mujeres privadas de libertad que fueron encuestadas el día (ANEXO 1,2 y 3)

➤ **PLAN DE RECOLECCIÓN, TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

El análisis se realizó en base a las respuestas obtenidas mediante las encuestas de la siguiente manera.

- El primero dirigido a indagar sobre los conocimientos del grupo de estudio frente al VPH, estuvo conformado por 11 preguntas; me permito recalcar que la primera pregunta se refiere en forma general a si conoce o no sobre

el VPH, de las 36 personas encuestadas, 21 respondieron de forma negativa razón por la cual automáticamente se dio por terminada la encuesta para de esta manera evitar repuestas poco fidedignas. En las 15 personas que si conocieron del tema se identificó su nivel de conocimiento mediante las respuestas cerradas obtenidas de las 10 preguntas restantes, que según criterio personal se decidió que sean analizadas de la siguiente manera para una mejor cuantificación del nivel de conocimiento sobre el tema.

- De 1-3 nivel bajo
 - De 4-7 nivel medio
 - De 8-10 nivel alto
-
- En el parámetro que hace referencia a las actitudes del grupo que tiene conocimiento, constó de una pregunta con dos opciones específicas que se refieren a si le preocupa o no adquirir esta infección.
 - En relación a las prácticas para la prevención y vigilancia del VPH, de las reclusas que tienen conocimiento, se establecieron 4 literales concretos de conductas sexuales con opciones preventivas y predisponentes, además de un literal dirigido a la prevención secundaria para esta infección. El estudio se enmarca en las prácticas realizadas actualmente frente al VPH, sin embargo fue de importancia indagar sobre conductas sexuales como, edad de inicio de relaciones y número de parejas sexuales, realizadas posiblemente antes de obtener conocimiento sobre el tema, pero que ya las predisponen a esta patología. Además esta sección es específicamente para las mujeres que ya iniciaron su vida sexual activa.
 - ✓ **Abstinencia Sexual.-** En el caso de este estudio nos basamos a la abstinencia secundaria, dicho término se refiere a quienes han estado sexualmente activos pero luego han decidido abstenerse.

- ✓ **Inicio temprano de vida sexual activa.-** Refiriéndose a la edad adecuada para el inicio de relaciones sexuales, como el desarrollo adecuado anatómico y psicológico, se determina como inicio temprano antes de los 20 años de edad, ya que tienen mayor actividad sexual y por consiguiente más tiempo de exposición y probabilidades de estar en contacto con diferentes tipos de virus del papiloma o bien tener mayor cantidad de inoculo, sin embargo ya que actualmente se inician las relaciones sexuales a edades más tempranas aun, para este estudio y en base a la información registrada en documentos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, se ha considerado primera relación sexual de inicio temprano a los 16 años o menos. ^(25, 37)

- ✓ **Número de parejas Sexuales.-** constó de varias opciones, teniendo relevancia para el estudio todas aquellas con más de 1 pareja sexual hasta el momento, ya que la literatura reporta que “aquellas mujeres con un solo compañero tienen menos riesgo de infección por VPH, mientras que las mujeres con más de un compañero sexual, presentan mayor riesgo para su adquisición”.(Figueroa H y Valtierra 2006). ⁽³⁸⁾

- **Uso de preservativo.-** Teniendo como opción NO, A VECES Y SIEMPRE. El uso consistente del preservativo disminuye el riesgo de infección por VPH en un 70%. ⁽³⁹⁾

- **Realización de citología vaginal.-** La infección por el VPH es la enfermedad de transmisión sexual más común en el mundo y prácticamente la causante del Cáncer Cervicouterino (CCU), ya que el ADN del VPH ha sido identificado entre el 99 y 99,7% de las biopsias de pacientes con cáncer cervical. El diagnóstico de VPH/CCU es primordial para realizar tratamiento precoz; disminuir la mortalidad; conocer la morbilidad de la infección, las patologías asociadas a él y en especial la incidencia del CCU, entre las cuales se encuentra, el Papanicolaou.⁽⁹⁾ Se establecieron 3 literales, basándose en la Guía Técnica para el Manejo y Control del Cáncer Invasor de Cérvix”, que expresa que “Toda mujer con

citología cérvico vaginal satisfactoria/negativa para lesión intraepitelial o malignidad, continuará el seguimiento citológico cada dos años”, y continúa “En mujeres que han tenido tres citologías negativas consecutivas cada dos años, el intervalo en el tamizaje podrá ser espaciado a discreción del médico, pero se recomienda que no exceda de los tres años”. (34)

Se decidió basándose en la literatura clasificar las prácticas como preventivas todas aquellas realizadas para evitar ser infectadas del virus, caso contrario predisponentes. La realización de la citología vaginal (PAP), se la ha considerado dentro de las preventivas, ya que es una práctica de prevención secundaria dirigida a la vigilancia, no se consideró la vacuna, aun siendo de prevención primaria, ya que estamos frente a una población que probablemente la mayoría ya iniciaron su vida sexual. (28)

Práctica	Preventivas	Predisponentes
<i>Abstinencia Sexual</i>	Si	No
<i>Inicio de Vida Sexual Activa</i>	Mayor a 16 años	Menor a 16 años
<i>Número de Parejas Sexuales</i>	Una	Mayor a una
<i>Uso de preservativo</i>	Siempre	No - A veces
<i>Realización de PAP</i>	Cada uno a dos años	Nunca – Cada tres años o más

Además, se realizó en esta sección dos preguntas, pese a no ser objetivo del presente estudio, la primera que nos permitió conocer las personas diagnosticadas de esta patología y si se han realizado algún tratamiento; la segunda, dirigida a saber si las reclusas presentaban alguna clase de lesión en la piel de sus genitales (verrugas) que no hayan sido revisadas por un médico para aportar con información al centro médico de la institución con la finalidad de que se realice seguimiento a las afectadas.

- Luego de obtener de manera general dichos resultados, se realizó un cuadro comparativo entre los tres niveles de conocimiento frente a las

actitudes y practicas realizadas por el grupo de estudio, aclarando que para las prácticas se definiría de acuerdo a las que son frecuentemente realizadas y eficaces para la prevención, estableciendo las siguientes variables para la tabulación.

✓ Nivel de conocimiento + Tipo de Actitud + Tipo de Prácticas.

- Dicha encuesta fue validada en 20 trabajadoras del mercado de San Sebastián, obteniendo como resultado una comprensión del 80%, razón por la cual se realizaron algunos cambios en la encuesta para una mayor comprensión previa aplicación en nuestra muestra.
 - Así mismo se elaboró el consentimiento informado para que sea firmado por las participantes del estudio, previo a responder la encuesta.
 - Se tabuló los datos de forma manual, se obtuvieron porcentajes y se generaron tablas y gráficos de los resultados mediante una base creada en Microsoft Excel.
- En lo que refiere a la propuesta educativa, se realizó una charla informativa básica sobre el VPH; atendiendo a todas las dudas posteriores de las participantes y se entregaron trípticos relacionados al tema tratado.(Anexo 4)

Por cuestiones reglamentarias de la institución, no fue posible tomar fotografías que evidencien lo mencionado, en su defecto el director del centro hizo la entrega de una certificación de lo realizado. Además culminada la investigación, se entregará un informe final a la institución para que las autoridades tomen las medidas pertinentes.

RESULTADOS

TABLA Nro. 1

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VPH CON ACTITUDES Y PRÁCTICAS

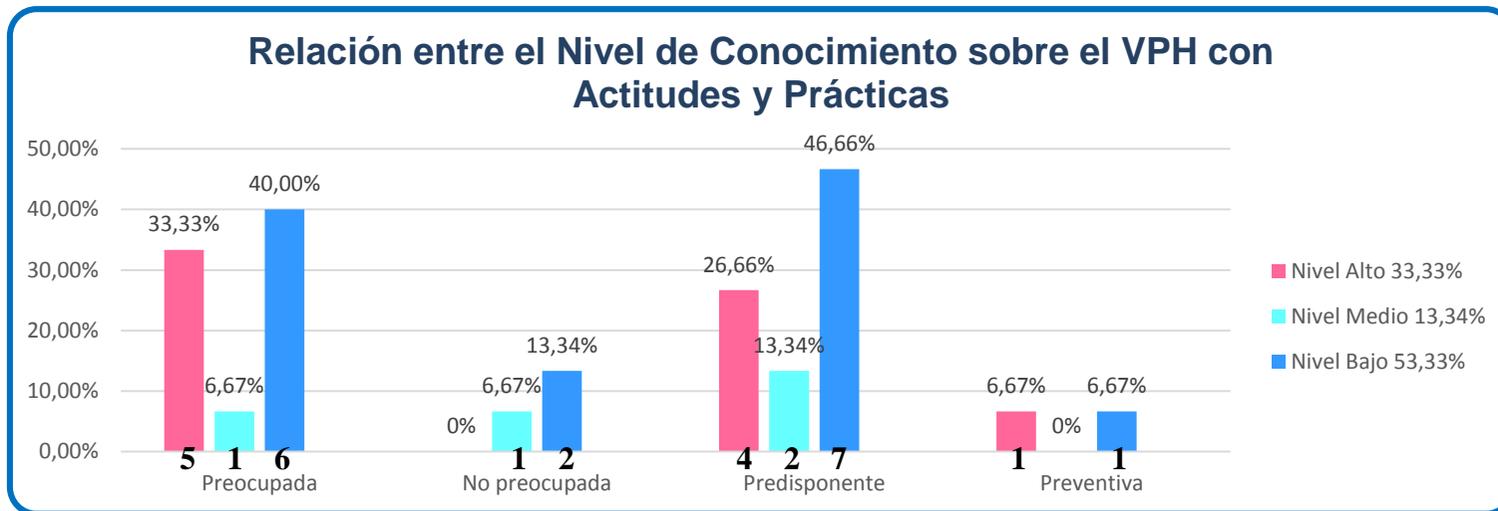
CONOCIMIENTO			ACTITUD				PRÁCTICAS			
Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Preocupada		No Preocupada		Preventivas		Predisponentes	
			Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	5	33,33%	5	33,33%	0	0%	1	6,67%	4	26,66%
MEDIO	2	13,34%	1	6,67%	1	6,67%	0	0%	2	13,34%
BAJO	8	53,33%	6	40%	2	13,34%	1	6,67%	7	46,66%
TOTAL	15	100%	12	80%	3	20%	2	13,34%	13	86,66%

Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.

Elaborado por: Hipatia Ocampo

 = Actitud preocupada, Utiliza siempre preservativo.

GRÁFICO Nro. 1



Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.

Elaborado por: Hipatia Ocampo

Interpretación:

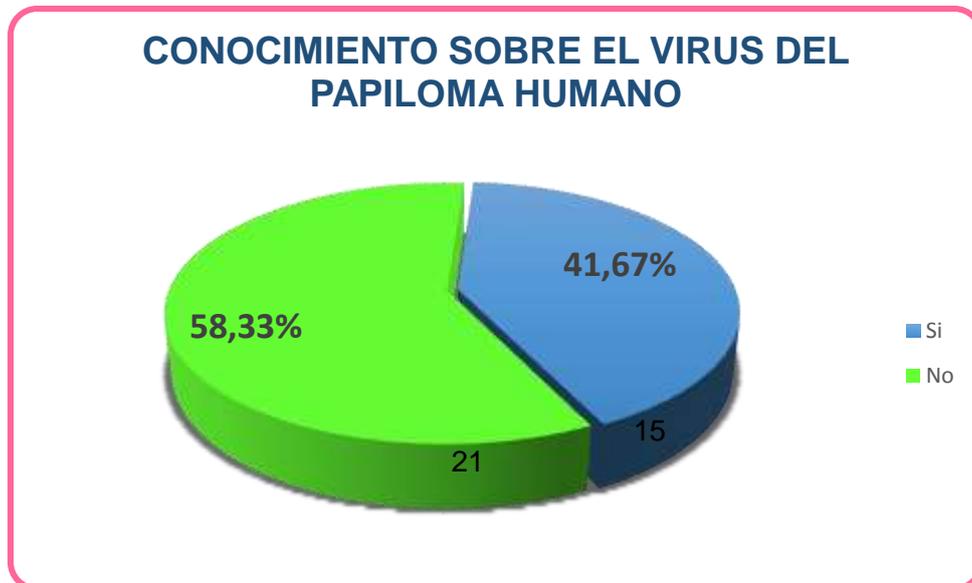
El 53,33% tienen un nivel bajo de conocimiento, de éstas el 40,00% actitud preocupada y el 46,66% prácticas predisponentes; el 33,33% presentan nivel alto con actitud preocupada y el 26,66% tienen prácticas predisponentes; el 13,34% tiene un nivel medio, actitud preocupada 6,67% y prácticas predisponentes 13,34%; finalmente una con nivel alto y una de nivel bajo, con actitud preocupada y prácticas preventivas, con el 6,67% respectivamente.

TABLA Nro. 2
CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO

Conoce	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	41,67%
No	21	58,33%
TOTAL	36	100%

Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.
Elaborado por: Hipatia Ocampo.

GRÁFICO Nro. 2



Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.
Elaborado por: Hipatia Ocampo.

Interpretación:

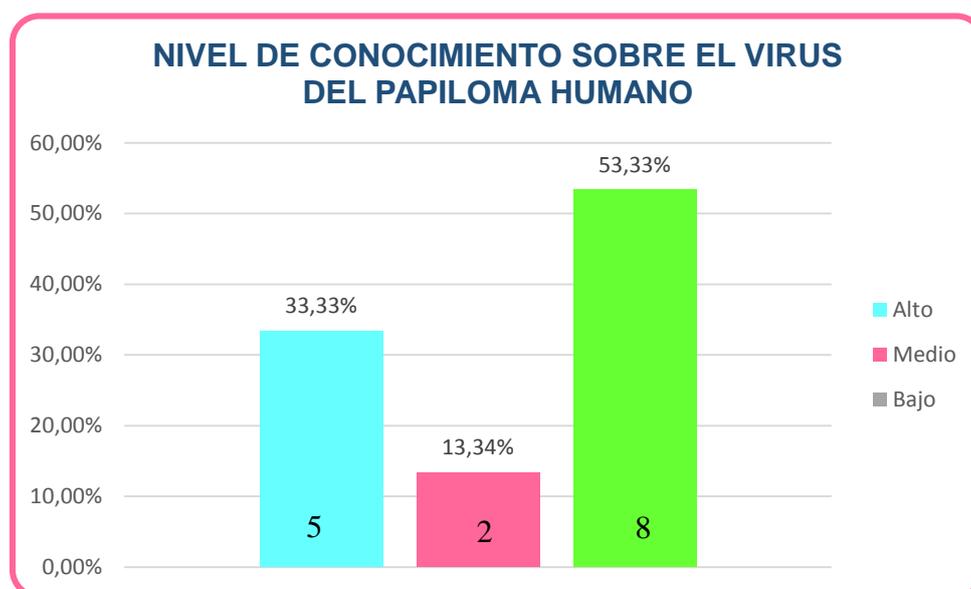
El 41,67% tiene conocimiento sobre el VPH y el 58,33% no poseen conocimiento.

TABLA Nro. 3
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DEL
PAPILOMA HUMANO

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
<i>Alto</i>	5	33,33%
<i>Medio</i>	2	13,34%
<i>Bajo</i>	8	53,33%
TOTAL	15	100,00%

Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.
Elaborado por: Hipatia Ocampo.

GRÁFICO Nro. 3



Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.
Elaborado por: Hipatia Ocampo.

Interpretación:

El 53,33% tiene nivel bajo de conocimiento, el 33,33% alto y el 13,34% medio.

TABLA Nro. 4

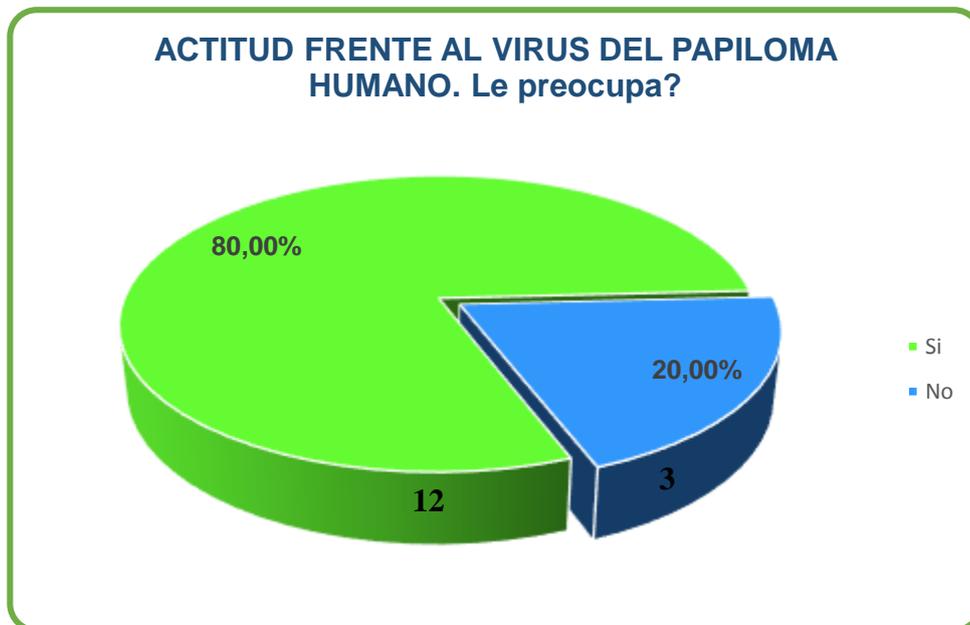
ACTITUD FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Le preocupa?	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	80,00%
No	3	20,00%
TOTAL	15	100,00%

Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.

Elaborado por: Hipatia Ocampo

GRÁFICO Nro. 4



Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.

Elaborado por: Hipatia Ocampo

Interpretación:

El 80,00% le preocupa, al 20,00% restante no les preocupa.

TABLA Nro. 5

ABSTINENCIA SEXUAL SECUNDARIA

Abstinencia	Frecuencia	Porcentaje
<i>Si</i>	0	0%
<i>No</i>	15	100%
TOTAL	15	100%

*Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.
Elaborado por: Hipatia Ocampo*

GRÁFICO Nro. 5



*Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.
Elaborado por: Hipatia Ocampo*

Interpretación:

El 100% no practican la abstinencia sexual secundaria.

TABLA Nro. 5.1

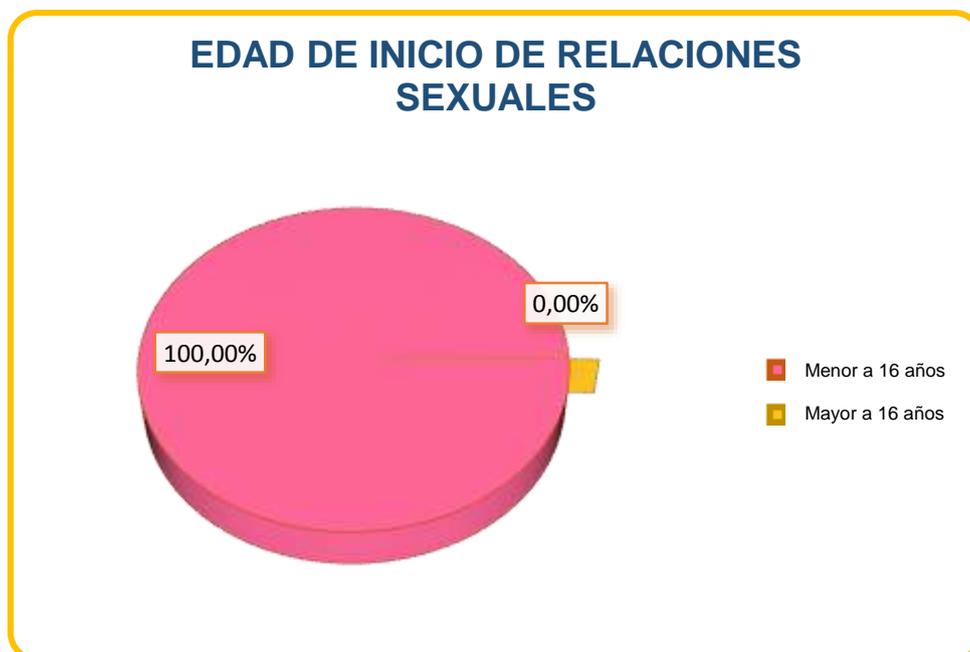
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 16 años	15	100%
Mayor a 16 años	0	0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.

Elaborado por: Hipatia Ocampo.

GRÁFICO Nro. 5.1



Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.

Elaborado por: Hipatia Ocampo.

Interpretación:

El 100% iniciaron su vida sexual activa antes de los 16 años de edad.

TABLA Nro. 5.2

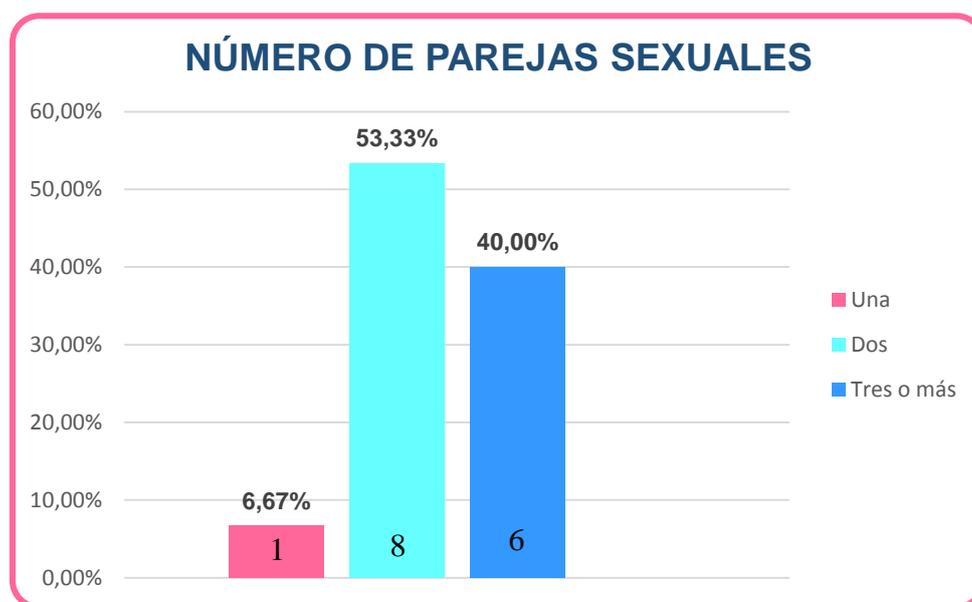
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES HASTA EL MOMENTO

Nro. De Parejas	Frecuencia	Porcentaje
Una	1	6,67%
Dos	8	53,33%
Tres o más	6	40,00%
TOTAL	15	100,00%

Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.

Elaborado por: Hipatia Ocampo.

GRÁFICO Nro. 5.2



Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.

Elaborado por: Hipatia Ocampo.

Interpretación:

El 53,33% han tenido 2 parejas sexuales, el 40,00% tres o más y el 6,67% una.

TABLA Nro. 5.3

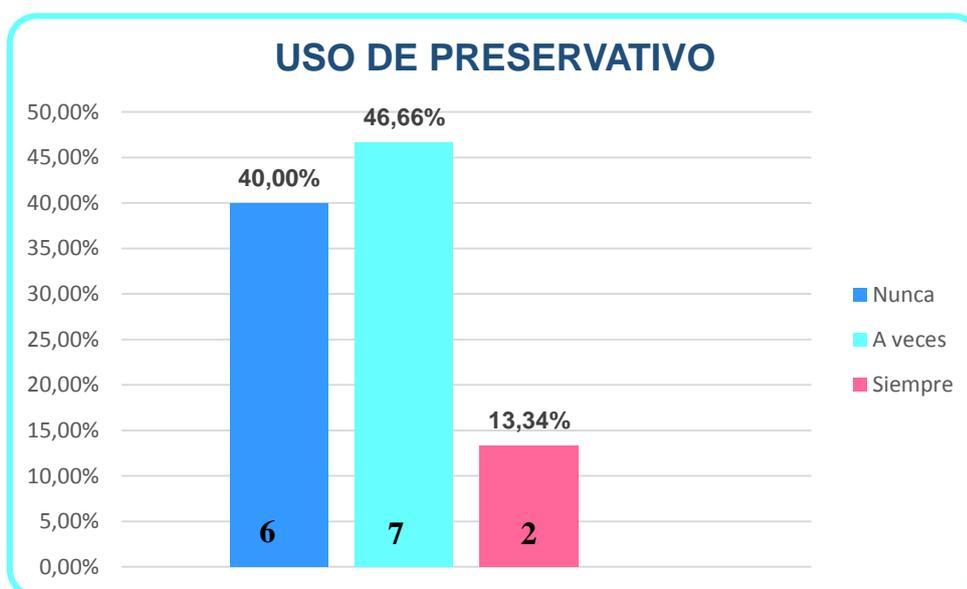
USO DE PRESERVATIVO

Preservativo	Frecuencia	Porcentaje
<i>Nunca</i>	6	40,00%
<i>A veces</i>	7	46,66%
<i>Siempre</i>	2	13,34%
TOTAL	15	100,00%

Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.

Elaborado por: Hipatia Ocampo.

GRÁFICO Nro. 5.3



Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.

Elaborado por: Hipatia Ocampo

Interpretación:

El 46,66% lo utilizan a veces, el 40,00% nunca lo usa y el 13,34% lo utilizan siempre.

TABLA Nro. 5.4

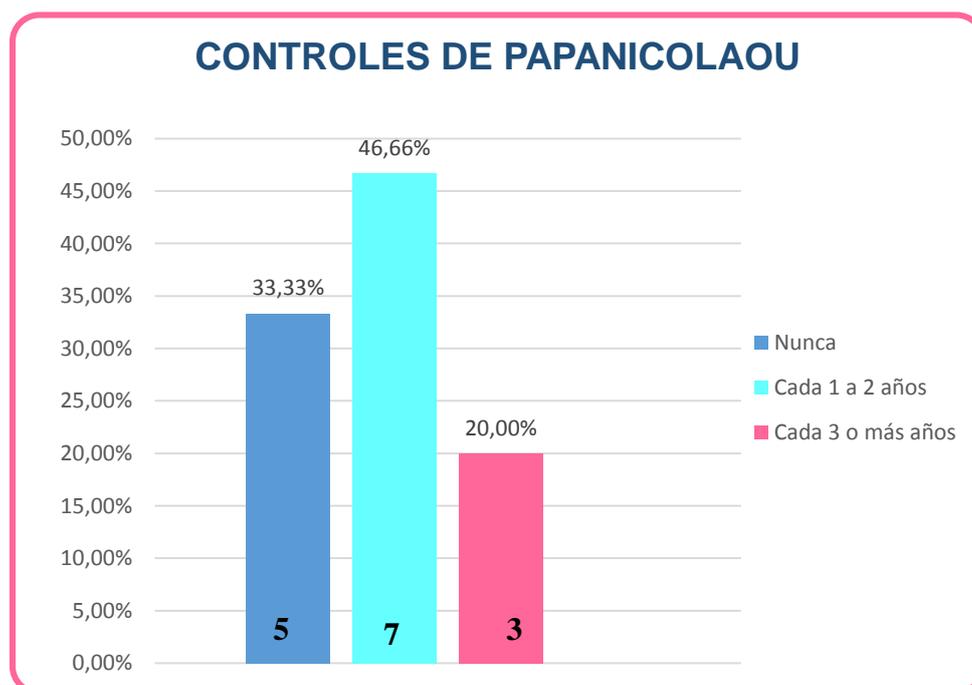
CONTROLES DE PAPANICOLAOU

Nro. de controles	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	5	33,33%
Cada 1 a 2 años	7	46,66%
Cada 3 o más años	3	20,00%
TOTAL	15	100,00%

Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.

Elaborado por: Hipatia Ocampo

GRÁFICO Nro. 5.4



Fuente: Mujeres privadas de libertad del C.R.S de Loja.

Elaborado por: Hipatia Ocampo

Interpretación:

El 46,66% se realizan el examen cada 1-2 años, el 33,33% nunca y un 20,00% cada tres o más años.

DISCUSIÓN

Eugenio Espejo definía el "mal venéreo" como uno de los cinco males que atacaban al Ecuador, hoy más de dos siglos después no hemos podido derrotarlo, es así que las infecciones de transmisión sexual presentan un crecimiento ascendente, en los reportes estadísticos se ven líneas de crecimiento rápido y progresivo, que generan sufrimiento físico, estigma y discriminación. Por otro lado los factores de riesgo no son solamente biológicos, sino también socioculturales y económicos, derivados de componentes individuales y colectivos. ⁽⁷⁾

1.- Con respecto al conocimiento sobre el virus del papiloma humano, los resultados de un estudio realizado en mujeres de 25 a 64 años de edad de los departamentos de Santa Ana y Sonsonate, República de El Salvador, en el año 2013, ⁽³⁰⁾ en donde el 34% de las mujeres reportó haber oído hablar o recibido información sobre el virus del papiloma humano, así mismo en un estudio realizado en Perú en el 2011 en las usuarias del Centro de Salud "Leonor Saavedra"⁽³³⁾ sólo el 32% tiene algún conocimiento sobre el VPH, mientras que en la presente investigación, realizada en mujeres de 20 a 61 años, este dato es un poco más favorable ya que el 41,67% de la población estudiada manifiesta tener algún grado de conocimiento sobre el VPH, pese a ser una población muy vulnerable.

2.- En relación al *nivel* de conocimiento sobre el VPH, el estudio realizado en la República de El Salvador, ⁽³⁰⁾ mencionado en el literal anterior refiere que sólo el 15,2% tiene un conocimiento de calidad alta sobre esta infección, contrastando con el hallazgo en la población estudiada que corresponde al 33,33%.

Así mismo en un estudio en el 2010 en 100 mujeres de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia,⁽³²⁾ de población reubicada de damnificados, convirtiéndolos en una población vulnerable debido a sus

limitadas condiciones socioeconómicas y culturales, en donde al preguntar sobre el virus del papiloma humano solo el 7% de las mujeres tenía un concepto adecuado, el 5% intermedio y el 88% bajo , relativamente coherente al presente estudio en donde la mayoría representado con el 53,33% tienen un nivel bajo, seguido del 33,33% y 13,34% con nivel alto y medio respectivamente.

3.- Con respecto a las actitudes frente a esta infección, se pudo encontrar un solo estudio, realizado en las trabajadoras sexuales que asisten al centro de Santa Ana en Panamá, ⁽³⁴⁾ que indica que, de 132 mujeres encuestadas 109, es decir el 82,6% tiene una actitud aceptable. Similar a los resultados de esta investigación en donde las mujeres privadas de libertad, manifestaron actitud preocupada (aceptable) en un 80%.

4.- En cuanto a las prácticas, algunos estudios indican lo siguiente:

a) Huamaní Charles y Col., en el año 2007, en Perú – Lima, ⁽³³⁾ realizaron un estudio cuyos resultados indican que el 15% inicio sus relaciones sexuales antes de los 15 años. En la presente investigación se determinó que las 15 encuestada que representan el 100% de la población estudiada inicio su vida sexual antes de los 16 años.

b) El estudio en Armenia ⁽³²⁾ indica que el 32,1% ha tenido más de un compañero sexual, así mismo Huamaní Charles y col, ⁽³³⁾ en donde el 14% había tenido tres o más parejas sexuales. En contraste con los resultados de esta investigación, el 53,33% y el 40,00% han tenido 2 y 3 o más parejas sexuales respectivamente y sólo el 6,67% una pareja.

c) En la investigación de Armenia, ⁽³²⁾ el 17,7% de las mujeres usan siempre condón en las relaciones sexuales, mientras que el 82,3% no lo hace, así mismo la investigación del centro de salud “Leonor Saavedra”, ⁽³³⁾ sólo el 12,2% lo usan siempre. Concuerdan con presente estudio en que porcentajes bajos de mujeres exigen siempre el uso de preservativo representado con el 13,34%; el 46,66% lo hace a veces y el 40,00% nunca utiliza el preservativo.

d) Refiriéndonos a la práctica de prevención secundaria tenemos en el estudio de Armenia ⁽³²⁾ el 72% del grupo de mujeres se ha tomado alguna vez la citología, de estas, el 90,3% se toma cada año. En el centro de salud “Leonor Saavedra” ⁽³³⁾ el 84,9% se ha realizado PAP, de las cuales el 34,6% lo realiza cada año. Mientras en esta investigación, se han realizado el examen 10 mujeres representadas con el 66,66%, de las cuales el 46,66% se han realizado el PAP cada 1-2 años, el 20,00% cada 3 años o más y el 33,33% nunca se ha realizado el examen.

5.- En cuanto a la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes, se pudo observar en el estudio realizado en las trabajadoras sexuales ⁽³⁴⁾ que, el 93% tuvieron conocimiento deficiente y de ellas el 77,27% una actitud aceptable. En cambio en la presente investigación, del 53,33% de mujeres con nivel bajo de conocimiento, tienen una actitud preocupada (aceptable) en un 40%.

Respecto a la relación existente entre el nivel de conocimiento sobre el VPH con prácticas preventivas, el estudio en las trabajadoras sexuales,⁽³⁴⁾ indica que hubieron el 93% con conocimiento deficiente, sin embargo de éstas el 70% tuvo prácticas aceptables de prevención. Mientras que en el presente estudio, siendo una población vulnerable, pero menos expuesta que las trabajadoras del sexo a contraer el VPH , se encontró que el 53,33% con nivel bajo de conocimiento sobre el VPH tuvieron prácticas predisponentes en el 46,66% y sólo el 6,67% prácticas preventivas (aceptables). De igual manera del 33,33% con nivel alto de conocimiento, el 26,66% tiene prácticas predisponentes y el 6,67% preventivas.

No se encontraron estudios sobre la abstinencia sexual secundaria como práctica preventiva contra el VPH, por lo que se otorga los resultados de esta investigación, para realizar discusiones con estudios similares a futuro, en donde el 100% es decir la totalidad de las encuestadas que conocieron sobre el VPH no realizan la abstinencia sexual secundaria para la prevención.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo investigativo y evidenciando los resultados vertidos en el mismo, se puede concluir lo siguiente:

1. La relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano con las actitudes y prácticas de las reclusas, es poco coherente ya que independientemente de su nivel de conocimiento y la actitud de preocupación frente a este virus, mantienen prácticas sexuales de riesgo, es así que del 33,33% que tienen alto conocimiento, el 26,66% tienen prácticas predisponentes.
2. De la población estudiada, el 58,33% no tiene ningún tipo de conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano.
3. La mayoría de las mujeres encuestadas, es decir el 53,33% tiene un nivel bajo de conocimiento sobre esta infección.
4. El 80% de las reclusas que participaron del estudio presentan una actitud preocupada frente a esta patología.
5. Que en la relación entre el nivel conocimiento, actitud y prácticas sobre HPV, refleja que el 86,66% de las mujeres privadas de libertad tienen prácticas que las predisponen a adquirir la infección y tan solo el 13,34% realizan prácticas destinadas a la prevención..
6. En la charla realizada posteriormente a la encuesta, se observó que las reclusas mostraron gran interés por la información sobre el VPH, en donde se despejaron las dudas del auditorio en su totalidad.

RECOMENDACIONES

Mediante el análisis de los resultados obtenidos, se recomienda los siguientes parámetros:

1. Realizar programas que brinden información sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, sobre todo de aquellas que como el Virus del papiloma humano afectan de manera silente, para de esta manera concienciar a la población sobre las consecuencias y mejorar las actitudes y prácticas destinadas a la prevención.
2. Que las entidades de características similares a los centros de reclusión, brinden facilidades de acceso y coordinen actividades con las instituciones destinadas a la promoción de la salud, como son Solca, Ministerio de Salud Pública, etc.
3. Que se realicen investigaciones similares, para ayudar a la prevención de afecciones de salud en poblaciones en donde sus características económicas y socioculturales las vuelven vulnerables.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Castañeda R., Epidemiología del Virus Papiloma Humano. Rev. Chil.Obstet. (En línea) Consultado 21-09-2012. Disponible en: <http://www.emagister.com/virus-del-papiloma-humano-cancer-cursos-1100465.htm>.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. El Control de las Enfermedades Transmisibles. Decimoséptima Edición. Washington, 2001.(En línea)consultado 22-09-2012.Disponible en: <http://www.Cáncer.com/trabajos17/deteccion-papiloma/deteccion-papiloma.shtml#mater>.
- 3 López A.,Lizano M., Unidad de Investigación Biomédica en Cáncer. UNAM - INCan. Subdirección de investigación básica. Instituto Nacional de Cancerología. México D.F. (En línea)Consultado 23-09-2012.Disponible en:<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172193073.pdf>.
- 4 Muñoz, N. Et al. Epidemiología Clasificación del virus papiloma humano Tipos Associated with Cervical Cáncer. The New England Journal of Medicine,(En línea) consultado 23-06-2011.Disponible en <http://www.tusalud.com.mx/site/viewa.asp?ida=146>.
- 5 Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE). Proyectos de Salud Sexual y Reproductiva de Emergencia con énfasis en ITS. Segunda Edición. San Lorenzo y Limones. Provincia de Esmeraldas 2008-2009. (En línea)consultado 22-09-2021.Disponible en: <http://www.MSP.com>.

- 6 Diario “El Mercurio”, Cuenca –Ecuador. Hemeroteca Virtual. Loja tiene el índice de Cáncer más elevado del País.Publicado 16-04-2012. (En línea) Consultado:22-09-2013.Disponible en: <file:///F:/hemeroteca-virtual.htm>.
- 7 Andino.F. MD. MSc.Ex Ministro de Salud Pública.Presidente de la Sociedad de Infectología del Guayas. Foro Permanente de la Salud. forodelasalud@gmail.com. ENFERMEDADES CAUSADAS POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: UNA EPIDEMIA SILENCIOSA. [Editorial. serial online].Publicado: 10 de diciembre del 2012. [Citado: 22-11-2014]; Disponible en: http://www.colposcopiaguayas.com/revistas/revista_2013.pdf.
- 8 Secretaría de Salud. Desarrollo, Evolución y Estadística del Virus del Papiloma Humano. [seria online] Publicado: Abril, 2014. México. [Citado: 25 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2014/completo/sem16.pdf>
- 9 Zelada.A,Fando.R. Revista CENIC Ciencias Biológicas, Vol. 44 No.2. Departamento de Biología Molecular, Área de Investigaciones de Enfermedades Infecciosas, Centro Nacional de Investigaciones Científicas, La pandemia subvalorada del siglo XXI : el virus del papiloma humano. Su repercusión en la patogenia del cáncer cervicouterino. [serial online] Publicado: La Habana, Cuba. agosto, 2013. [Citado: 25 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1812/181227534004.pdf>.
- 10 Premoli, g., González, A., Villarreal, J., Percoco, T., y, Pietrocino, P. Virus del papiloma humano; visión actual en biomedicina [serial online] Publicado: Agosto, 2014 [Citado: 25 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/hpv/downloads/dis-HPV-color-office-sp.pdfVirus>.
- 11 Arza, B., y Martínez, C. Vacunación contra el VPH. [serial online] Publicado: Marzo, 2013 [Citado: 25 de noviembre de 2014]; Disponible en:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s071775262002000600013&script=sciartext>

- 12 Center of Disease Control and Prevention. Virus del Papiloma Humano. [serial online] Publicado: Agosto, 2014 [Citado: 25 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2005/od056c.pdf>
- 13 WAINSTEIN,C.OPS.ORG.Cárceles Saludables.Promoviendo la salud para todos. [serial online] Publicado: Buenos Aires, Julio, 2003 [Citado: 23 de noviembre de 2014]; Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/123710197/carceles-saludables>.
- 14 RIVOIRE,W. Sociedad Ecuatoriana de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. Declaración sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador. *Registro Nacional de Tumores 2010. En Ecuador cada día mueren dos mujeres por causa del cáncer cérvicouterino*. [serial online] Publicado: Enero, 2013 [Citado: 20 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.colposcopiaguayas.com%2Fboletines%2FPRINCIPAL%2FConsenso%2520Ecuadorian%2520V1.ppt&ei=bxwVJexGKjGsQT854L4Cg&usg=AFQjCNFhrnSquwzDRjR8Me0Jiwx3o62XZA&bvm=bv.83339334,d.cWc>.
- 15 Galvis, J. Mapas de Conocimiento como una herramienta de apoyo para la gestión del conocimiento. [serial online] Publicado: Junio 2009 [Citado 20 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://cintel.org.co/wp-content/uploads/2013/05/16.GESTION-DE-CONOCIMIENTO.pdf>.
- 16 Segarra, M., y Bou, J. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. [serial online] Publicado: 2005 [Citado 20 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es>

[%2Fdescarga%2Farticulo%2F2274043.pdf&ei=OmqAVNz3F8WYgwTbuoDYDw&usg=AFQjCNFK8T-VxtiNaJPKwO6HmAhmm-2kiA&bvm=bv.80642063,d.eXY.](#)

- 17 Cuenca, Flor. Tipos de Conocimiento. [serial online] Publicado: 10 de Julio de 2008 [Citado 20 de noviembre de 2014]; Disponible en: <https://fpcuenca.wordpress.com/2008/07/10/tipos-de-conocimiento/>.
- 18 Suárez, E. Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. [serial online] Publicado: 2011 [Citado 20 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/acimed/aci-2011/aci112c.pdf>.
- 19 Raviolo, A., Ramírez, P., López, E., y Aguilar, A. Concepciones sobre el Conocimiento y los Modelos Científicos: Un Estudio Preliminar. [serial online] Publicado: 2010 [Citado: 20 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/formuniv/v3n5/art05.pdf>.
- 20 Prieto, M. "Actitudes y Valores". [serial online] Publicado: 2011 [Citado 20 de noviembre de 2014]; Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_41/MIGUEL_ANG_EL_PRIETO_BASCON_01.pdf.
- 21 Mediasat Group. La Enciclopedia. Editorial Salvat. España, Madrid. 2003. Volumen 16. 12578 pp.
- 22 RAE. Definición de práctica - Qué es, Significado y Concepto. [serial online] Publicado: 2008 [Citado: 20 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://definicion.de/practica/#ixzz2ZEva6dWl>.
- 23 Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Código de Buenas Prácticas Preventivas. Los trabajadores mayores. [serial online] Publicado: 2014 [Citado: 20 de noviembre de 2014]; Disponible en: http://www.umivale.es/portal/export/sites/umivale/trabajador/tu_salud_labor

[al/biblioteca/coleccion_codigos_buenas_practicas/por_tareas_o_colectivos/14.Codigo_trabajadores_mayores.pdf.](#)

- 24 Editor. Salud y enfermedad. [serial online] Publicado: 05 de Septiembre de 2011. [Citado: 21 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.si-educanet.net/basico/ficha86.html>.
- 25 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Virus del papiloma humano: Información sobre el VPH para los médicos. [serial online] Publicado: Agosto 2007. [Citado: 21 de noviembre de 2014]; Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/literatura_interes/Virus%20del%20papiloma%20humano.pdf.
- 26 Ministerio de Salud Pública. Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). [serial online] Publicado: 2014 Argentina [Citado: 21 de noviembre de 2014]; Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000449cnt-2014-02_lineamientos-tecnicos-vph-2014.pdf.
- 27 Vargas, M. Virus del papiloma humano. Aspectos epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. [Serial online] Publicado: 2008. [Citado: 22 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://bvssida.insp.mx/articulos/3625.pdf>.
- 28 Sanabria, J. Virus del Papiloma Humano. [Serial online] Publicado: 18 de Septiembre de 2009. [Citado: 22 de noviembre de 2014]; Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/virusdelpapilomahumanosana_bria.pdf.
- 29 Rivera, R., Delgado, J., Painel, V., Barrero, R., y Larraín, A. Mecanismo de infección y transformación neoplásica producido por Virus Papiloma Humano en el epitelio cervical. [Serial online] Publicado: 2006. [Citado: 22 de Noviembre de 2014]; Disponible en:

- <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262006000200011&script=sciarttext#>.
- 30 Grillo, C., Martínez, M., y Morales, B. Virus del papiloma humano: aspectos moleculares y cáncer de cérvix. [Serial online] Publicado: 2008. [Citado: 22 de Noviembre de 2014]; Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474342008000400007#.
- 31 American Cancer Society, Vacunas contra el VPH. [Serial online] Revisado: 08 de Abril de 2014. [Citado: 22 de Noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002781pdf.pdf>.
- 32 Lizano, M., Carrillo, A., y Contreras, A. Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis. [serial online] Publicado: 2009 [Citado: 21 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1272302572.pdf>.
- 33 Alfaro, A., y Fournier, M. Virus del Papiloma Humano [serial online] Publicado: 2013. [Citado: 21 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132d.pdf>.
- 34 SOLÍS,N.Mg. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA COORDINACIÓN ACADEMICA DE INVESTIGACIÓN. "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS HACIA LA TOMA DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES DEL AAHH TANGAY- NUEVO CHIMBOTE, 2013". Publicado: Perú-2013. . (Consultado en línea). Citado 09-10-2014. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2014/01/02/162855/16285520140703113154.pdf>

- 35 Hernández, M., Carrillo, A., Hernández, T., Y Zárata, A. El Papanicolaou para detectar cambios celulares por el virus del papiloma humano. [serial online] Publicado: 2013. [Citado: 21 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im134l.pdf>.
- 36 HUERTA,I.Dr. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Actualización sobre
37 vacunas frente a VPH. Factores de riesgo. (Consultado en línea).Publicado:junio-2013. Citado: 22-11-2014. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Sesiones%20de%20Salud%20P%C3%BAblica/Sesiones%202013/20130625%20Actualizacion%20VPH%202013.pdf.
- 38 HERNÁNDEZ,L. y col. FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES PARA CONTRAER EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. (Consultado en línea).Publicado: septiembre-2012. Citado: 22-11-2014. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/art96.pdf>.
- 39 ROCHA,Ma.Dra. y col. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras. (Consultado en línea).Publicado: México. Citado: 23-11-2014. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_2_12/gin13212.htm.
- 40 GAYÓN,E. y col. Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual.Nivel II-III de evidencia. (Consultado en línea).Publicado: México 2008. Citado: 23-11-2014. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2008/gom082d.pdf>.
- 41 CARSTENS,C. Universidad de Salamanca. Máster en Antropología Aplicada, Salud Y Desarrollo Comunitario. Conocimiento y conductas asociadas a VPH: un estudio descriptivo de Chile y España. (Consultado en línea).Publicado: junio-2012. Citado: 23-11-2014. Disponible en:

http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/120780/1/TFM_CarstensC_Papiloma.pdf.

- 42 CARRILLO,A y col. Terapéutica en infección del Virus del Papiloma Humano. (Consultado en línea).Publicado: México, noviembre-2012. Citado: 23-11-2014. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2012/gom1211e.pdf>.
- 43 CABRAL,J. y col. Atlas de ITS. Manifestaciones clínicas,Diagnóstico,tratamiento. Verrugas genitales. (Consultado en línea). Citado: 23-11-2014. Disponible en: <http://www.ssucbba.org/biblioteca/archivos/medicina/0009AtlasITS.pdf>.
- 44 Quintás, L., y García, P. Condilomas Genitales. [serial online] Actualizado: Mayo 2013. [Citado: 22 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.1aria.com/docs/sections/ayudaRapida/ayudaDiagnostico/CONDILOMAS%20GENITALES.pdf>.
- 45 Guerra, A., y González, E. El virus del papiloma humano. Repercusión en la patología dermatológica de las nuevas vacunas. [serial online] Publicado: 2008. [Citado: 22 de noviembre de 2014]; Disponible en: <http://www.masdermatologia.com/pdf/0026.pdf>.
- 46 Reichman, R. Harrison. Principios de Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas. Parte 7. Infecciones por virus del papiloma humano. Capítulo 178. Manifestaciones clínicas.Editorial Mc. Graw Hill. Volumen I. Edición 17. pp. 1117. [Citado: 23 de noviembre del 2014].
- 47 GÓMEZ,E. y col. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Servicio de Urología, Servicio de Microbiología. Infección por Papillomavirus en el hombre. Estado actual. Epidemiología. Transmisión. (Consultado en línea).Citado: 23-11-2014. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021048062005000400006.

- 48 MEDINA,L. y col. TÉCNICAS MOLECULARES PARA DETECCIÓN DE INFECCIÓN BUCAL POR VPH. Valoración diagnóstica de técnicas moleculares para detección de infección bucal por Virus del Papiloma Humano. Publicado: abril-2011. (Consultado en línea).Citado: 23-11-2014. Disponible en: http://www.amimc.org.mx/revista/2012/32_1/valoracion.pdf
- 49 Allevato, M., y Donatti, L. Verrugas Genitales. [serial online] Publicado: 2005. [Citado: 22 de noviembre de 2014]; Disponible en: http://www.atdermae.com/pdfs/atd_28_05_02.pdf.
- 50 PUIG,L. Dr. y col. Documento consensuado por: SEGO,SEC,AEPC. LA INFECCIÓN POR PAPILOMAVIRUS. Publicado marzo-2003. (Consultado en línea).Citado: 23-11-2014. Disponible en: http://www.aepcc.org/download/documentos/profesionales/consenso_vph_2002.pdf.
- 51 LLONGUERAS,S. Sociedad Española de Epidemiología. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y CÁNCER: EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN. Publicado 2006. (Consultado en línea).Citado: 23-11-2014. Disponible en: <http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/4monografiaVirusPapilomaYCancer.pdf>.
- 52 ABARCA,K. Dra. INFECCIÓN POR VIRUS PAPILOMA HUMANO Y CÁNCER CERVICOUTERINO: ¿EN LAS PUERTAS DE LA PREVENCIÓN?. ASOCIACIÓN DE VIRUS HPV Y CÁNCER. Publicado: 2007. (Consultado en línea).Citado: 214-12-2014.Disponible en: <https://detenganlavacuna.files.wordpress.com/2010/11/conflictosintereskatia-abarca.pdf>.
- 53 TORRES,L.Dra. Guia práctica clínica. Evidencias y Recomendaciones. Diagnóstico y tratamiento del cáncer

- cervicouterino.Estadía je.Publicado:2010. (Consultado en línea).Citado: 18-12-2014.Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/433_GP_C_Ca_cervicouterino/GER_Cxncer_cervicouterino.pdf.
- 54 ESQUIVEL,G. ONCOGUÍA, Instituto Nacional de Cancerología. Cáncer Cervicouterino. Tratamiento. (Consultado en línea).Citado: 2012-2014.Disponible en:
<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1327324533.pdf>.
- 55 MAZA, A. Blog. Centro de Rehabilitación Social de Loja y Zamora Chinchipe, Crisis del sistema penitenciario. [en línea]. Publicado: 9 de marzo del 2013 [Citado: 04 de diciembre del 2014]; Disponible en:
<http://angelitomaza.blogspot.com/2013/03/centro-de-rehabilitacion-social-de-loja.html>
- 56 DIARIO LA HORA. Internas encuentran motivos para sonreír. [en línea]. Publicado: 1 de abril del 2013 [Citado: 04 de diciembre del 2014]; Disponible en:
http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101486044/-1/Internas_encuentran_motivos_para_sonre%C3%ADr.html#.VICe3TGG8gQ
- 57 MINISTERIO DE JUSTICIA, DERECHO HUMANOS Y CULTOS. Valores, Misión y Visión. [Citado: 04 de diciembre del 2014]; Disponible en:
<http://www.justicia.gob.ec/el-ministerio>.
- 58 DE LA FUENTE,E.y MIRA,L.Médico Adjunto. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Medicina y Seguridad del Trabajo. Las 47 preguntas sobre el virus del papiloma humano, VPH. Publicado: Madrid, septiembre-2008. (Consultado en línea). Citado 09-10-2014. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465546X2008000300010&script=sci_arttext.

- 59 MEGLIOLI,A.Mg. y Col. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el Cáncer Cervicouterino, Virus del Papiloma Humano y sus formas de prevención en los Departamentos de Santa Ana y Sonsonate, República de El Salvador. Publicado: febrero-2014. (Consultado en línea). Citado 11-01-2015. Disponible en: http://www.rho.org/files/UICC_Estudio_CAPs_CCU_El_Salvador_Sp_2014.pdf.
- 60 CASTRO.E y Col. Revista Ciencias Biomédicas. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS. Publicado septiembre-2012. (Consultado en línea). Citado: 11-01.2015. Disponible en: <http://www.revista.spotmediav.com/pdf/3-2/13PAPILOMA.pdf>.
- 61 LÓPEZ.C y Col. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. Publicado: enero-2013. (Consultado en línea). Citado: 11-01.2015. Disponible en: [file:///C:/Users/user1/Downloads/DialnetConocimientosActitudesYPracticasRespectoAlCancerDe-4262659%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user1/Downloads/DialnetConocimientosActitudesYPracticasRespectoAlCancerDe-4262659%20(1).pdf).
- 62 PALMA,J. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCO (UNIVERSIDAD DEL PERÚ, DECANA DE AMÉRICA) FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA. PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN USUARIAS DEL C. S. LEONOR SAAVEDRA-SAN JUAN DE MIRAFLORES; DE ENERO A MARZO DEL AÑO 2011. Publicado: Perú-2011. (Consultado en línea). Citado: 11-01.2015. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20%28para%20Inform%C3%A1tica%29/2011/palma_fj/borrador/UNMSM%20TESIS%20JENNY%20PALMA.pdf.
- 63 LEZCANO,H. y col., Revista médico científica. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO

ACERCA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. CENTRO DE SALUD DESANTA ANA, DISTRITO DE PANAMÁ. AÑO 2011. Publicado: agosto-2013. (Consultado en línea). Citado: 13-01.2015. Disponible en: http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/viewFile/362/pdf_52.

- 64 Wainstein, C. Dra. Médica, especialista en enfermedades infecciosas y Salud Pública. y col. Cárceles Saludables. Promoviendo Salud para todos. (Consultado en línea) Publicado: 2003. Citado: 13-10.-2014. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/carceles%20saludables.pdf>.
- 65 SANTOYO, S. Dr. Gineco-Obstetra. Profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM. Virus del Papiloma Humano y su relación con el Cáncer Cervicouterino. (Consultado en línea) . Citado: 24-02.-2015. Disponible en: <http://medigraphic.com/pdfs/aapaunam/pa-2010/pa102c.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA

La presente encuesta pretende conocer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Virus de Papiloma Humano (HPV) en las mujeres privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social Loja.

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: Lea con atención y marque su respuesta. Toda información obtenida será confidencial.

NOTA: Responda todas las preguntas con honestidad por favor.

Edad:

CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH): Si su primera respuesta es positiva por favor conteste las siguientes preguntas, de lo contrario sólo contestará la última pregunta (17).

1. Ha escuchado algo sobre el VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO?

SI () NO ()

2. El Virus del Papiloma humano se transmite por el contacto piel a piel en el sexo vaginal o anal?

SI () NO ()

3. El VPH afecta solo a las mujeres?

SI () NO ()

4. El Virus del Papiloma humano puede producir cáncer de cuello uterino.?

SI () NO ()

5. Tienen más riesgo de padecer VPH quienes inician relaciones sexuales a temprana edad?

SI () NO ()

6. Cree usted que influye el número de parejas sexuales para tener más riesgo de contraer el VPH?

SI () NO ()

7. El Virus del Papiloma humano puede producir verrugas (lesiones sobresalientes de piel, en forma de coliflor) en los genitales?

SI () NO ()

8. La mayoría de las personas con el virus del papiloma humano genital presentan signos o síntomas visibles?

SI () NO ()

9. El virus del papiloma humano puede ser transmitido aun cuando quien lo tiene no presenta síntomas?

SI () NO ()

10. El Virus del Papiloma humano es una enfermedad curable?

SI () NO ()

11. La madre puede transmitir a su bebe el virus del papiloma humano durante el parto?

SI () NO ()

ACTITUDES FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

12. Qué actitud tiene usted frente al Virus del papiloma Humano?

- Le preocupa ()
- No le preocupa ()

PRÁCTICAS SOBRE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

NOTA: Solo deben contestar quienes ya han tenido relaciones sexuales.

13. Cómo previene la infección por VPH?

- Abstinencia Sexual ()
- Utiliza Preservativo
 - A veces ()
 - Nunca ()
 - Siempre ()
- Número de parejas Sexuales hasta el momento

- Una ()
- Dos ()
- Tres o más ()

- Edad de inicio de relaciones sexuales ()

14. Cada que tiempo se realiza Papanicolaou?

- Nunca ()
- Cada 1-2 años ()
- Cada 3 años o más ()

15. Ha sido diagnosticada de la infección del Virus del Papiloma Humano?

- Si ()
- No ()

16. Recibió tratamiento luego de ser diagnosticada?

- Si ()
 - ✓ Clínico ()
 - ✓ Quirúrgico ()
- No ()

ESTA PREGUNTA DEBE SER CONTESTADA POR TODAS

17. Ha notado la presencia de lesiones sobresalientes de piel en sus partes íntimas (verrugas genitales)?

- Si ()
- No ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2

AUTORIZACION DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN DE LOJA

Loja, 05 de Julio del 2013

Dr. Benjamin Monteros Cueva
DIRECTOR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LA CIUDAD DE LOJA.

De mis consideraciones:

Yo, Hipatia Annabel Ocampo Ortega, estudiante del Décimo modulo de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, muy cordialmente me dirijo a usted con el fin de informarle y solicitarle, se digne permitirme el ingreso para realizar un trabajo investigativo en las PPL del pabellón de mujeres de la institución a la que usted acertadamente dirige.

A continuación me permito detallar el tema, el justificativo y las actividades que se pretenden realizar con el grupo de estudio ya mencionado, si su persona tiene la gentileza de permitirlo.

El tema en mención es "Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el Virus del Papiloma Humano en las PPL-pabellón femenino del C.R.S-Loja".

Como estudiantes de la carrera de medicina nuestra vocación profesional nos inclina a realizar trabajos investigativos para el bien de la comunidad, más aún en un grupo tan vulnerable como son las personas privadas de libertad; razón por la cual deseo se me permita realizar una encuesta con la única finalidad de poder establecer el conocimiento que este grupo tiene sobre el virus del papiloma humano, que actitudes han tomado frente a ello y cuáles son las prácticas que ponen en ejecución para su prevención, ya que es el mayor causante de cáncer cervicouterino. Además teniendo en consideración que las mujeres que actualmente se encuentran en este centro de reclusión, no tienen las mismas oportunidades de acceso a las redes de salud, sobre todo lo que se refiere a especialidades, que las mujeres que gozan de libertad y que sin embargo desconocen de esta patología tan importante. Así mismo luego de ser analizadas dichas encuestas, e independientemente de su resultado, me comprometo a dar una charla educativa, destinada a informar qué es esta patología, sus repercusiones en la salud y que actitudes y prácticas tomar en consideración para la prevención.

Los días que pretendo se me faciliten para el ingreso y ejecución de dichas actividades los pongo a su disposición y por supuesto sujetos a los cambios que usted desee realizar en dichas fechas y los horarios que usted crea pertinente:

- Para realizar las encuestas, viernes 19 de Julio del año en curso. →
- Para dar la charla educativa, viernes 26 de julio de año en curso. →

Con la plena seguridad de que usted atenderá la presente solicitud, desde ya le antelo los debidos agradecimientos.


Atentamente:
Hipatia Ocampo



RECIBIDO
POR DIRECCION
LOJA 05-07-13
17 MOD.
AUTORIZADO
Seguridad.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Nombre de la Tesis: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD PABELLÓN FEMENINO DEL CENTRO DE RAHABILITACIÓN SOCIAL DE LOJA

Nombre de la Investigadora: Hipatia Annabel Ocampo Ortega

Cuando usted participa en una investigación necesita información para decidir sobre su cooperación en la misma. Con el fin de invitarle a participar en la presente investigación y obtener su consentimiento respectivamente, se le solicita leer detenidamente el siguiente documento.

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Usted participará en una investigación destinada al bienestar comunitario, que tiene como objetivos establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano con sus actitudes y prácticas frente a esta infección.

B. PROCEDIMIENTO: Si usted acepta la participación en este estudio, se realizará lo siguiente: Se le solicitará dar contestación a una encuesta basada en preguntas sencillas que nos darán información sobre el conocimiento que tienen, las actitudes que toman frente al HPV y las practicas que realizan destinadas a prevenir el contagio por HPV.

C. RIESGOS: Su participación no conlleva riesgo alguno para su integridad física, psicológica o moral, ni costo económico alguno. Tiene importancia recalcar que los datos que se obtengan del estudio serán tratados con absoluta confidencialidad y manejados solo por la investigadora.

D. BENEFICIOS: Luego de su participación en el estudio y coordinando con las autoridades, se dictará conferencian saber del HPV ya que es una enfermedad muy frecuente, de gran riesgo y sobre todo poco conocida. Además la investigación puede beneficiar a otras mujeres ya que al tener una prevalencia exacta de una muestra representativa se captará la atención de profesionales de salud para la realización de campañas de prevención de esta entidad en estudio.

E. Su participación en este estudio es voluntaria. Si usted decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando la investigadora responsable no se lo solicite pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

F. Si participación en esta investigación es confidencial, los resultados podrían aparecer en un documento llamado investigación de salud comunitaria, en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima. La privacidad en ningún momento se podrá ver comprometida puesto que las únicas personas con acceso a la información serán quienes realizan la investigación.

G. No se perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla.

Me quedó clara la información que necesitaba decidir acerca de mi participación en esta investigación. Se me ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada.

Por lo tanto: acepto participar voluntariamente como sujeto de investigación en el presente trabajo titulado: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD PABELLÓN FEMENINO DEL CENTRO DE RAHABILITACIÓN SOCIAL DE LOJA pues se me ha informado que soy libre de decidir participar en el estudio y que puedo retirarme voluntariamente en cualquier momento, me queda claro que mi firma no implica consecuencias legales adversas.

Nombre de la encuestada

Cédula

Firma

Fecha

Nombre de Investigadora: Hipatia Ocampo.

Cédula: 1103721211

ANEXO 4

TRÍPTICO EXTERNO

¿Dónde se realiza la Citología?

La citología puede realizarse en centros de salud, centros de orientación familiar o consultas de ginecología. Según en lugar a donde acuda, le atenderán profesionales diferentes: personal médico, de enfermería o matronas.

¿Qué es necesario tener en cuenta antes de hacerse una Citología?

Para que la citología pueda ser bien valorada debe tenerse en cuenta:

- No realizarla durante la menstruación.
- No utilizar medicamentos administrados por vía vaginal, durante los tres días anteriores a la citología.
- No mantener relaciones sexuales con penetración vaginal en los 48 horas previas a la realización de la citología.
- Si le corresponde hacer citología durante el embarazo, informe al personal sanitario.

¿Cuál puede ser el resultado?

La mayoría de las mujeres tienen una citología normal. En este caso deben continuar realizándose citologías con la periodicidad que les corresponda. Algunas mujeres, tendrán un resultado no valorable y deberán repetir la prueba.

Algunas mujeres, 4 ó 5 de cada 100, tendrán una citología anormal. Es muy importante saber que tener una citología anormal no significa tener cáncer. La mayor parte de las mujeres con un resultado anormal en la citología no requieren tratamiento, aunque algunas de ellas sí lo necesitarán.

Si en su citología se encontrara alguna lesión es fundamental seguir las recomendaciones que se le indiquen.

Si tienen dudas sobre las pruebas que debe realizar o sobre los resultados de las mismas, anótelas y pregúntelas durante su próxima visita.

Es un aporte a la comunidad de:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

SALUD COMUNITARIA

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

¿Qué es el Virus del Papiloma Humano (VPH)?

Los virus del papiloma humano (HPV) son un grupo de más de 150 tipos de virus relacionados, de los cuales más de 40 tipos pueden transmitirse sexualmente. Algunos de los VPH que se transmiten sexualmente pueden causar verrugas genitales, mientras que otros, llamados VPH de alto riesgo u oncogénicos, pueden causar cáncer.

Las infecciones genitales por VPH son muy comunes, pero la mayoría de estas infecciones se presentan sin síntomas y desaparecen sin tratamiento alguno después de unos años.

Algunas veces, las infecciones por VPH pueden durar muchos años. Infecciones persistentes por VPH de alto riesgo son la causa principal de cáncer cervical. Las infecciones por VPH causan también algunos cánceres de ano, de vulva, de vagina, de pene y de orofaringe.

POR: Hipatia Ocampo



FACTORES DE RIESGO

- ⇒ Tener relaciones sexuales a temprana edad.
- ⇒ Tener varias parejas sexuales, o que su pareja las haya tenido.
- ⇒ No utilizar preservativo, sobre todo con las nuevas parejas.
- ⇒ Tener el hábito de fumar.
- ⇒ Tener muchos hijos.
- ⇒ No realizarse el Papanicolaou de control.

SÍNTOMAS DEL HPV

Usualmente no presenta síntomas, a menos que sea un tipo que causa verrugas genitales. Las verrugas genitales pueden presentarse dentro de varias semanas o meses después del contacto con una pareja que tiene el VPH.

Las verrugas lucen como una pequeña protuberancia o grupos de protuberancias en el área genital. Pueden ser pequeñas o grandes, planas o prominentes, o en forma de coliflor. Si no son tratadas, las verrugas genitales pueden desaparecer, permanecer o no cambiar o aumentar en tamaño o en número.



CÓMO PREVENIRLO

La mejor forma de prevenirlo es abstenerse de las relaciones sexuales.

Otra opción es utilizar preservativo, pero no es segura al 100% ya que no cubre toda el área genital.

También se han desarrollado vacunas como la GARDASIL o CERVARIX de las mismas que son 3 dosis, pero están indicadas desde los 9 a 26 años en hombres y mujeres que aún no han tenido relaciones sexuales y tampoco protege contra todos los tipos de virus del HPV.

Es de gran importancia estos métodos de prevención ya que, la infección del HPV predispone al Cáncer de los genitales tanto femeninos como masculinos, siendo la complicación más grave y causante de muchas muertes el CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO, razón por la cual es obligatorio realizarse el Papanicolaou o también llamado citología cervical de control.

CITOLOGÍA O TEST DE PAPANICOLAOU

La citología es una prueba sencilla, rápida y no dolorosa, en la que, con un instrumento llamado espéculo, se separan las paredes de la vagina para poder llegar al cuello uterino, de donde se recoge una muestra de las células. Posteriormente, estas células son analizadas en el laboratorio con un microscopio para detectar cualquier posible anomalía.

Citología vaginal: se raspan células del cuello uterino y se examinan bajo un microscopio para verificar si hay cáncer u otros problemas



¿Quién se debe realizar el PAP?

- A todas las mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años que tienen, o han tenido, relaciones sexuales.
- A las mujeres menores de 25 años que mantienen relaciones sexuales hace más de tres años, y a las mujeres mayores de 65 años que nunca se la hayan hecho.
- A los 65 años si las citologías anteriores han sido normales, no será necesario repetirlas. Sin embargo tener la menopausia no es motivo para dejar de hacerse citologías, ya que persiste el riesgo.
- Las mujeres vacunadas frente al VPH también deben hacerse pruebas de detección precoz del cáncer de cuello de útero.
- No se recomienda la citología a mujeres que no han tenido nunca relaciones sexuales ni a aquellas a las que se les ha realizado una extirpación del útero por un proceso benigno.

¿Con que frecuencia debe hacerse una citología?

Como recomendación general, después de dos citologías anuales consecutivas normales las siguientes deben realizarse cada tres años.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	iiiv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
TÍTULO.....	1
RESUMEN	2
SUMMARY.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
REVISIÓN DE LITERATURA	8
CAPÍTULO I.....	8
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS.....	8
CONOCIMIENTO.....	8
ACTITUD.....	10
PRÁCTICA	11
CAPÍTULO II	13
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	13
DEFINICIÓN DE VIRUS.....	13
DEFINICIÓN DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.....	13
EPIDEMIOLOGÍA.....	13
HISTORIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.....	15
DESCRIPCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	16
DIAGNÓSTICO.....	29
TRATAMIENTO.....	35
PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL VPH.....	43
PREVENCIÓN DEL VPH Y CÁNCER CERVICOUTERINO.....	46
CAPÍTULO III	54
PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (PPL)	54
<i>Realidad de las personas privadas de libertad.....</i>	<i>54</i>
CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE LOJA.....	55
MATERIALES Y MÉTODOS.....	57
RESULTADOS.....	63
TABLA Nro. 1	63
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VPH CON ACTITUDES Y PRÁCTICAS	63
TABLA Nro. 2.....	65
CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	65
TABLA Nro. 3	66
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO 	66
TABLA Nro. 4	67
ACTITUD FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	67
TABLA Nro. 5.....	68
ABSTINENCIA SEXUAL SECUNDARIA.....	68

TABLA Nro. 6	69
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	69
TABLA Nro. 7	70
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES HASTA EL MOMENTO	70
TABLA Nro. 8	71
USO DE PRESERVATIVO	71
TABLA Nro. 9	72
CONTROLES DE PAPANICOLAOU	72
ANEXOS	90
ANEXO 1	90
ENCUESTA	90
ANEXO 2	93
AUTORIZACION DEL CENTRO DE .REHABILITACIÓN DE LOJA	93
ANEXO 3	94
CONSENTIMIENTO INFORMADO	94
ANEXO 4	96
TRÍPTICO EXTERNO	96
ÍNDICE	98