

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO, PERU
ESCUELA DE POST GRADO**



**“ACCIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CANCER DE
CUELLO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO EN EL DISTRITO MANANTAY”.**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
Y GESTIÓN SANITARIA**

TESISTA:

NEVER OSWALDO RODRÍGUEZ BRAVO

ASESOR:

DRA. MAIDA OSORIA BARCELAY

HUÁNUCO - PERÚ

2015

DEDICATORIA

Se lo dedico Primero a Dios que me dio el privilegio de la vida, me enseñó a amar y el valor del amor. Sé que todo lo que me da, con nada se lo podré pagar, te doy gracias Señor porque uniste nuestras vidas y que sólo Tú has de separarnos porque el amor que siento por ella nadie te lo podrá quitar esposa mía.

Le doy gracias a la vida que me dio la oportunidad de encontrarte en mi camino, sé que no soy perfecto, pero si el que te ama de verdad y más que nada por darme el regalo que todo hombre podía soñar, a mi hijo Pasteur que tiene 10 años de edad, pero he soñado contigo una eternidad, te amo mucho y eso algún día lo comprenderás porque tu mamá te ha de criar y te verá no como yo, pero en mí, siempre un amigo tendrás. Siempre estaré junto a ti, sólo espero verte hecho todo un hombre, junto a tu madre yo estaré para ayudarte y apoyarte y ¿quién soy yo?, tu padre que no siempre estará a tu lado, pero siempre te apoyará.

Las gracias a mi madre, hermanos Percy, Sabás, Efré y a mis familiares quienes me apoyan permanentemente, para continuar siendo un profesional de bien, por ello los adoro mucho.

El autor.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Nacional "HERMILIO VALDIZAN" Huánuco, Perú por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

A la Asesora de Tesis, Dra. M.Sc. Maida Osoria Barcelay y a todos los profesores del "PROMASTER " de Cuba por su esfuerzo y dedicación, quienes con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación, han logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

Y por último a mis compañeros de trabajo, colegas y jefes de trabajo, quienes me dieron la oportunidad de laborar, los cuales me han motivado durante mi formación profesional.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional, a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias

por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

El autor.

RESUMEN

La tesis que se presenta está dirigida al tratamiento de un problema que ha adquirido matices relevantes a partir de su incidencia como causa de muerte en la población femenina, el cáncer de cuello uterino, con la finalidad de ofrecer acciones educativas para la prevención de esta entidad clínica en pacientes mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud "San Fernando" en Manantay.

El análisis realizado a partir de la aplicación de los instrumentos y técnicas de investigación permitió identificar que existen deficiencias tanto en el nivel de conocimientos como en la educación de las mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud mencionado, así como por sus familiares.

La constatación de la factibilidad del estudio realizado permite afirmar que las acciones educativas propuestas para la prevención del cáncer cervicouterino, servirán para reeducar y sensibilizar a las mujeres en edad fértil, si se asumen con un carácter transformador y se modifican gradualmente los modos de actuación con respecto a la enfermedad.

SUMMARY

The thesis presented is directed to the treatment of a problem that has acquired relevant nuances from its incidence and cause of death in women, cervical cancer, with the aim of providing educational activities for the prevention of this entity clinic for female patients of childbearing age who come to the health center "San Fernando" in Manantay.

The analysis from the application of research tools and techniques allowed us to identify that there are deficiencies in both the level of knowledge and education in women of childbearing age who come to the health center mentioned, as well as their families.

The finding of the feasibility study to suggest that the educational activities proposed for the prevention of cervical cancer, will serve to reeducate and sensitize women of childbearing age, if you assume a transformative nature and gradually change the modes of action with about the disease.

PRESENTACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se diagnostican en el mundo ciento de miles de casos del Virus del Papiloma Humano (VPH) y anualmente mueren miles de mujeres de cáncer cervicouterino, el cual ocupa la segunda causa de muerte en mujeres en países en desarrollo. Por eso se califica el VPH como problema de salud pública mundial.

Lo anteriormente planteado ha servido de óbice para seleccionarlo como tema a investigar por el autor con el objetivo de elaborar y aplicar acciones educativas, para la prevención del cáncer de cuello uterino en las mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud San Fernando del distrito de Manantay.

La tesis se encuentra estructurada en cinco capítulos:

En el capítulo I se incluyen todos los elementos del diseño teórico.

En el capítulo II se aborda el marco teórico: antecedentes del problema de investigación, las bases teóricas y bases conceptuales

En el capítulo III se hace referencia al marco metodológico: tipo, nivel de diseño de estudio, población y muestra y todo lo relacionado con la recolección de datos, validez y confiabilidad de los instrumentos, instrumentos de recolección, elaboración y análisis y presentación de datos.

En el capítulo IV se presentan los resultados descriptivos e inferenciales y en el capítulo V la discusión de resultados que comprende la contrastación y el aporte científico de la investigación.

Se presenta además un apartado con las conclusiones a las que llega el investigador, las sugerencias que servirán para la ampliación o generalización de futuras investigaciones con respecto al tema y los anexos donde se reflejan los resultados de los diferentes instrumentos aplicados.

INDICE GENERAL DEL CONTENIDO

Pág.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN
 - 1.1. Descripción del problema
 - 1.2. Formulación del problema
 - 1.3. Objetivos
 - 1.4. Hipótesis
 - 1.5. Identificación de variables
 - 1.6. Operacionalización de las variables
 - 1.7. Justificación de variables
 - 1.8. Propósito
 - 1.9. Viabilidad
 - 1.10. Limitaciones
 - 1.11. Consideraciones éticas

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO
 - 2.1. Antecedentes de investigación
 - 2.2. Bases teóricas
 - 2.3. Bases conceptuales

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA
 - 3.1. Tipo de estudio
 - 3.2. Nivel de estudio
 - 3.3. Diseño de estudio
 - 3.4. Población muestral

- 3.5. Instrumento de recolección de datos
- 3.6. Validez del estudio
- 3.7. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos
- 3.8. Procedimientos de recolección de datos
- 3.9. Elaboración de datos
- 3.10. Análisis e interpretación de datos

CAPÍTULO IV

- 4. RESULTADOS
- 4.1. Resultados descriptivos
- 4.2. Resultados inferenciales

CAPÍTULO V

- 5. DISCUSIÓN
- 5.1. Discusión

Conclusiones

Sugerencias

Referencias bibliográficas

Anexos

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Descripción del problema.

En la actualidad millones de personas en el mundo sexualmente activas presentan enfermedades de transmisión sexual. Una de las más comunes es el Virus del Papiloma Humano (VPH) que se considera la enfermedad de transmisión sexual más común que existe y contradictoriamente unas de las menos conocidas por las personas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta infección es el primer factor de riesgo para el desarrollo del cáncer del cuello uterino.

Cada año se diagnostican en el mundo ciento de miles de casos del Virus del Papiloma Humano (VPH) y anualmente mueren miles de mujeres de cáncer cervicouterino, el cual ocupa la segunda causa de muerte en mujeres en países en desarrollo. Por eso la Organización Mundial de la Salud (OMS) califica el Virus del Papiloma Humano (VPH) como problema de salud pública mundial.

Se ha observado una mayor incidencia de neoplasias de cuello uterino en mujeres con pocos recursos económicos y bajo nivel educativo. La tasa de incidencia estandarizada por edad indica una diferencia de más de 7 puntos entre las naciones desarrolladas y las naciones en vías de desarrollo.

Estadísticas y datos de servicios hospitalarios muestran que cada año aproximadamente 1 de cada 1 000 féminas con las edades de 30 a 54 años, en América Latina y el Caribe, presentan cáncer de cuello uterino y requieren de hospitalizaciones prolongadas, por lo que empeoran las situaciones familiar y social.

De manera general, en Latinoamérica la tasa de incidencia de este carcinoma es de 20,5 por cada 100 000 mujeres, del cual Chile ha notificado la mayor, con 30 por 100,000 anualmente. En Guanacaste, Costa Rica, la referida tasa fue de 32,5 por 100 000 mujeres en 2009.

Las tasas estandarizadas de mortalidad más altas por ese tipo de tumor las presentan Haití, Nicaragua y Bolivia. En México se refiere una mortalidad por esta afección de 16 por cada 100 000 mujeres y en Venezuela se le ha indicado como la principal causa de muerte por neoplasia maligna en este sexo. Por otra parte, Grecia ha informado la menor tasa con 1,3 por 100 000 féminas.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

Se formula el problema a través de la siguiente interrogante:

¿Cómo fortalecer la educación en la prevención del cáncer de cuello uterino en las mujeres en edad fértil, que acuden al centro de salud San Fernando del distrito de Manantay?

3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Establecer acciones educativas para la prevención del cáncer de cuello uterino, en las mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud San Fernando del distrito de Manantay.

1.3.2 Objetivos específicos.

- Elaboración de acciones educativas para la educación, en la prevención del cáncer de cuello uterino en las mujeres que acuden al centro de salud San Fernando del distrito de Manantay
- Valoración del nivel de factibilidad de las acciones educativas en la prevención del cáncer de cuello uterino en las condiciones del centro de salud de San Fernando del distrito de Manantay.

1.4 HIPÓTESIS.

4. ¿Qué acciones se pueden elaborar y cuál es su nivel de factibilidad, para fortalecer la educación en la prevención del cáncer uterino en las mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud San Fernando del distrito de Manantay ?

1.5 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Las acciones educativas para la prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil.

- **VARIABLE DEPENDIENTE:** Prevención del cáncer de cuello uterino, en las mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud San Fernando del distrito Manantay.

- **VARIABLE INTERVINIENTE:**
Nivel de preparación de las mujeres en edades fértiles para la prevención de cáncer de cuello uterino.

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS INSTRUMENTOS EVALUACIÓN
Variable Independiente	Estrategias para determinar los factores que influyen en el incremento del cáncer de cuello uterino	Determinación de las causas que originan el incremento del cáncer uterino en las mujeres de edad fértil. Orientaciones a las familias para que conozcan el efecto.	Observación Realización examen médico Encuestas Entrevista
Acciones educativas.			
Variable dependiente	el incremento del cáncer de cuello uterino, en las mujeres en edad fértil que acuden	Sensibilizar a las mujeres en edad fértil para prevenir el cáncer uterino. Tiempo dedicado al chequeo médico.	Observación Realización examen médico

Variable ajena	al centro de salud San Fernando del distrito Manantay Grado de preparación de las mujeres en edades fértiles para su atención ginecológica	Realización del examen médico Periodicidad en que se realizan la toma de muestra. Poca accesibilidad económica para cubrir el costo de la toma de muestra.	Encuestas Entrevista
----------------	---	---	-------------------------

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

1.7 PROPÓSITO

Las enfermedades de transmisión sexual a pesar de las diversas campañas de prevención que se llevan a cabo, aumentan cada día. Una de las más frecuentes es el virus del papiloma humano (VPH) por lo que es importante dar a conocer las características de este virus a todas las mujeres en edad fértil y en especial a los jóvenes que comiencen su sexualidad a una edad temprana sin toda información.

Es necesario que los profesionales de la salud utilicen estrategias docentes para suministrar la información consciente al significado de este virus, en especial su forma de transmisión y sus medidas preventivas para asegurar el bienestar físico y social de las usuarias y sus parejas y a la vez reducir la propagación de esta infección y las complicaciones que pueda generar.

Es de gran importancia que el personal de salud en los centros asistenciales en unión con el grupo médico brinde atención a las mujeres que asisten a consulta para que conserven su salud o la recuperen en el menor tiempo posible sin complicaciones futuras. Al adquirir la comunidad de mujeres fértiles esta orientación de una manera positiva, mejorarán los aspectos sociales y económicos y la institución se verá beneficiada al no incrementarse el número de casos de VPH, ya que un gran porcentaje necesita atención médica que puede requerir intervenciones quirúrgicas sencillas o complejas y estudios especiales los cuales

suscitan gastos considerables que puedan ser disminuidos cuando se aplican medidas con fines preventivos.

Con relación al aspecto científico los resultados de los estudios podrán ser utilizados para introducir cambios o nuevos programas de orden educativo que orienten a los profesionales de la salud, permitiendo profundizar y ampliar los conocimientos sobre el tema objeto de investigación. Los resultados serán de utilidad para fomentar las acciones educativas y servirán de apoyo a otros miembros del equipo de salud que opten por realizar investigaciones al respecto.

Por las razones anteriormente referidas se procede a elaborar un sistema de actividades educativas para la prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil que asisten al centro de salud “San Fernando de Manantay”

1.8 VIABILIDAD

La aplicación de este trabajo permite aportar diferentes acciones para la educación de la mujer y su familia en la toma de medidas para prevenir el cáncer de cuello uterino, y propiciar la modificación gradual de sus modos de actuación a partir de que incorporen las acciones implementadas.

1.9 LIMITACIONES

Las principales limitaciones del trabajo de investigación están dadas en:

- Insuficiente nivel de conocimientos de las mujeres en edad fértil sobre las causas y consecuencias del cáncer cérvico uterino, evidenciado en la disminución en la sistematicidad y frecuencia en la toma de la muestra de Papanicolau.
- Insuficiente orientación del personal especializado a las mujeres en edad fértil para la prevención del cáncer cérvico uterino.

1.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante el desarrollo de la investigación que se presenta se tuvo en cuenta los siguientes principios:

Principio del Consentimiento Informado. Se aseguró que los individuos participantes en la investigación propuesta fuera compatible con sus valores, intereses y preferencias. La información que se brindó fue entregada en un lenguaje y forma comprensible. Se les explicó los datos básicos que deben aportarse: el propósito de la investigación, los procedimientos que serán realizados, los posibles riesgos, los beneficios anticipados y de qué manera la información obtenida se mantendrá confidencial.

Principio del Respeto a la Dignidad Humana. Se decide la participación o no por la muestra, por lo que tienen el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento o rehusarse a dar información sin represalias.

Principio de Justicia: Se tuvo un trato justo a la privacidad, con el trato equitativo adolescentes y estudiantes antes, durante y después de su participación. Se tuvo en cuenta en todo momento en la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2002 el cáncer constituyó la causa de muerte de más de 6.7 millones de personas en todo el mundo y es la segunda causa en los países desarrollados, en tanto en los países en vías de desarrollo figura entre las tres primeras en los adultos. De las mismas, un 12.5% en el mundo son atribuidas al cáncer. El cáncer es entonces un problema de salud pública a nivel global y afecta a las personas de diferentes edades y condiciones. El total de casos nuevos de cáncer en el mundo se estima en 11 millones al año 2002, número que aumentaría a 16 millones en al año 2020. Por otro lado, en la actualidad viven 24.6 millones de personas con cáncer, lo que pudiera aumentar si no se toman las adecuadas políticas para la prevención de esta entidad clínica.

En la población general, se presenta como el séptimo cáncer más común, ocupando el tercer lugar dentro de los cánceres femeninos. Para el año 2008 fueron reportados cerca de 530,000 casos nuevos y 275,000 muertes por esta causa (Ferlay et al. 2010). Del total de casos reportados, el 85% (453,000 casos y 242,000 muertes) se observan en los países en vías de desarrollo del África, Asia Sur-Central, Melanesia, América Latina y el Caribe.

En el 2008, los países latinoamericanos reportaron una incidencia de 68,220 casos (tasa: 23.5 casos/100,000 mujeres) y una mortalidad de 31,712 casos (tasa: 10.8 casos/100,000 mujeres) (GLOBOCAN 2008). Para Colombia el panorama no es diferente, esta patología es catalogada como un grave problema de salud pública, ya que la mortalidad por cáncer cérvico uterino constituye la cuarta causa a nivel general y la segunda más frecuente en mujeres (después del cáncer de

mama), siendo la incidencia para el país de 6,815 casos (tasa: 36.4 casos/100,000 mujeres) con una mortalidad de 3,296 casos (tasa: 18.2 casos/100,000 mujeres) (Parkin et al. 2008).⁷ (GLOBOCAN 2008).

Múltiples estudios indican que ciertos tipos de Virus de Papiloma Humano (VPH) conocidos como de alto riesgo (VPH-AR) son la principal causa de cáncer de cuello uterino; en mujeres con este tipo de cáncer, se ha detectado el ADN del virus en un 99.7% de los casos (Walboomers et al. 1999). Del total de tipos caracterizados hasta el momento (200 tipos de VPH), cerca de 40 infectan el tracto genital y de éstos, 13 tipos son considerados oncogénicos (con capacidad para inducir cambios metaplásicos) (de Villiers et al. 2004; Cogliano et al. 2005). Los tipos de virus más prevalentes son VPH-AR-16, -18, -45, -31, -33, -52, -58 y -35, responsables del 90% de los casos de cáncer de CCU (Muñoz et al. 2006).

Mientras la mortalidad en el Perú por diferentes causas viene descendiendo progresivamente, la mortalidad por cáncer de cuello uterino se incrementa, hasta constituirse en la segunda causa de muerte, según las cifras oficiales del Ministerio de Salud. Aceptando que existe subregistro, de un total de 14, 844 muertes por cáncer a nivel nacional, registradas por el Ministerio de Salud en el año 2003, hubo 6,947 muertes de varones y 7,892 muertes de mujeres, que son las que llevan el mayor peso. Igualmente, entre 16,598 muertes por cáncer registradas en el Ministerio de Salud durante el año 2004, a los varones les correspondió 7,718 muertes y 8,880 a mujeres.

En cambio, en el sexo femenino, la neoplasia más importante como causa de muerte es nuevamente el estómago, seguida de: cérvix, hígado y vías biliares, mama, pulmón, cáncer de origen incierto, colon, leucemia, páncreas y linfoma no Hodgkin.

A nivel de la PNP el cáncer de pulmón se constituye en la causa más importante de muerte, mientras que los registros de Lima Metropolitana llevados por Maes Heller señalan al cáncer de estómago como la causa más importante de defunciones y al cáncer de mama y cuello uterino entre las mujeres.

Desafortunadamente no se cuenta con registros de personas atendidas a nivel nacional tanto en el MINSA como en Es Salud y por ello no se puede obtener tasas de incidencia, aunque se calcula que anualmente existen en el Perú 35,500 nuevos casos de cáncer cervical.

En los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA), a nivel de las regiones, se registra que la neoplasia de origen incierto es la más frecuente, lo que claramente evidencia deficiencias en el diagnóstico. Entre las mujeres, los motivos de atenciones más frecuentes por cáncer son: cuello uterino, mama, tumores de origen incierto, estómago, piel, ovario, boca, linfoma no Hodgkin, tiroides, colon y pulmón; en tanto que entre los varones los cánceres que motivan mayor número de atenciones son: tumores de origen incierto, próstata, estómago, linfoma no Hodgkin, piel, boca, pulmón, colon, hígado, vías biliares y tiroides.

Durante el período de 1998 a 2004 se han generado 109,040 consultas por cáncer definitivo, correspondiendo la mayor carga a los cánceres de mama, próstata, colon-rectoano, cuello uterino, linfoma no Hodgkin, estómago, órganos genitales femeninos, tráquea-bronquios-pulmón, piel, tejidos mesoteliales y blandos, y otros lugares. En los registros poblacionales de Maes Heller en Lima Metropolitana, se conoce hoy en día que existen factores que incrementan el riesgo de padecer cáncer en diferentes lugares del cuerpo. Su naturaleza es heterogénea, como la predisposición genética, el consumo del tabaco, una dieta poco sana e inactividad física, exposición a infecciones, factores cancerígenos y una esperanza de vida más larga.

2.2 BASES TEÓRICAS

En palabras de Lewis año 2000 Un programa eficaz de prevención y control del cáncer de cuello uterino debe abordar varios aspectos: la cobertura y la calidad de los servicios de tamizaje y detección temprana, la disponibilidad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento rápidos, fiables y asequibles. Contar con infraestructura de apoyo como

servicios de orientación y sistemas de información para mejorar la calidad de la atención y facilitar la gestión eficaz de pacientes y programas.

Por otra parte, el Ministerio de Salud de Colombia, en el marco de la Reforma del Sistema de Seguridad Social -Ley 100 de 1993-, expidió en el 2002, la Norma técnica para la Detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino que comprende actividades propias del tamizaje, en tal sentido, es el estándar de comparación para la evaluación del programa.

En la oferta de los programas de salud, la calidad está relacionada con la efectividad, la eficiencia y la eficacia. La calidad es un concepto integral inmerso en las actividades y programas que se realizan para alcanzar un propósito, en este caso, evitar la enfermedad o muerte por cáncer de cuello uterino.

Donabedian, en 1990, definió la calidad como "el juicio sobre la atención en salud, a través del cual se determina el grado en que se utilizan los medios más deseables para lograr los mayores beneficios en salud" . En el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud de Colombia (Decreto 1011 de 2006), la calidad es "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios" .

Otro hallazgo de interés fue la deficiencia en la información, orientación y educación a la usuaria; en este sentido en el 2008, Azevedo et ál., reportaron la deficiencia de información y educación en salud como una de las limitantes de las mujeres de Fortaleza, Brasil, para recuperar los resultados del examen citológico y continuar con el tratamiento. En Colombia, Wiesner et ál., hallaron que las barreras culturales la desinformación y particularmente, la mala calidad de los programas percibida por las usuarias, son causales que determinan el acceso al tamizaje citológico.

Con relación a lo anterior, la entrega de los resultados citológicos acompañada de una actividad informativa es poco efectiva en el cambio de comportamientos de la población hacia hábitos. Reyes et ál. Consideran que para lograr mayor impacto, la educación en salud, además de la información, debe comprender la comunicación, la asesoría directa e individual, y el compromiso de la población hacia su autocuidado y autorregulación.

la calidad de la salud debe ser una prioridad y una realidad para los gobiernos de todos los países de la región de América Latina, para ello se deben definir intervenciones que permitan mejores resultados para la salud, trabajar por el desarrollo de los recursos humanos, definir mecanismos de financiamiento social de los programas de salud, establecer modelos de cuidado basados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, aplicar las funciones esenciales de la salud pública, y extender la protección social en salud.

Como lo expresa la Organización Panamericana de Salud “ OPS “, 2002 el desarrollo de los recursos humanos es esencial para la calidad de los programas; "es indispensable que el personal se capacite en forma continua y esté totalmente comprometido con los objetivos del servicio" ; contar con el personal suficiente, calificado y motivado para desarrollar las actividades le suma a la proyección del Programa.

Mongrut Steane, Andrés refiere que “el cáncer de cuello uterino se inicia en la línea de unión del epitelio pavimentoso que cubre el exocervix, con el epitelio cilíndrico endocervical a nivel del orificio externo del cuello o en zona cercana si existe ecto

Afirmación que apoya Mendelsohn (1987) al señalar que inmediatamente después de un diagnóstico de cáncer, en la mente del paciente y de su familia surgen gran cantidad de preguntas y temores que requieren la atención de un médico considerado, hábil y humanitario, aspecto especialmente cierto cuando la forma particular de cáncer tiene pocas oportunidades de curación o cuando hay recurrencia del tumor. El oncólogo también señala que de los diversos problemas psicosociales que experimentan los pacientes, dos son muy difíciles de superar:

una es la desesperanza estrechamente relacionada con la dificultad de aceptar la muerte propia, y la otra es la pérdida de control, tanto económico como personal de las actividades propias y futuras. Razón por la cual dichos temores deben ser manejados por un profesional que conozca en detalle la personalidad del paciente y su entorno.

La infección genital por el virus del papiloma humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) causada por el virus del papiloma humano, en este virus se incluyen más de 100 tipos o cepas diferentes, donde un grupo de 30 de estos tipos son transmitidos sexualmente. Rincón, Ramírez (1988) afirma que: “Los virus del Papiloma Humano” son los virus Ácido Desoxirribonucleico (ADN) más pequeños, siendo el diámetro de su cápside de 55 nm y el peso molecular de 5×10^6 aproximadamente”.

Por otro lado Marenfeld (1998) refiere que el virus del papiloma humano es un virus compuesto de Ácido Desoxirribonucleico (ADN) que puede causar lesiones epiteliales como condilomas o verrugas genitales.

Este virus necesita infectar células vivas para poder vivir, es decir, es potencialmente infectocontagioso.

En el mismo orden de ideas, el Manual de MERD (1994) refiere que: “Cuando se habla del Virus del Papiloma Humano (VPH) se refiere a una familia compuesta por una variedad de cepas las cuales producen verrugas que varían de acuerdo con su localización y características. Los condilomas acumulados pueden estar producidos por Virus del Papiloma Humano 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 16 y 18 estando los dos últimos asociados al carcinoma de cérvix y también a las lesiones de neoplasias intrapiteliales, cervicales nic I y III (p. 1300)”.

Existen varios tipos de VPH unos más comunes y otros menos; unos agresivos y otro no, es decir, dependiendo el tipo que afecta al individuo o no.

Jiménez y Hernández (1994) afirma que: El Virus del Papiloma Humano pertenece a la familia de los papovavirus, tienen Ácido Desoxirribonucleico(ADN) en su estructura cromosómica y presenta dos géneros, el “A”: Virus del Papiloma y

el "B" virus de polio, y el SV-40. Se diferencian porque el género 1 no puede cultivarse y es específico en el hombre y no afecta a otras especies.

Por consiguiente, se considera que el Virus del Papiloma Humano (VPH) constituye uno de los grupos virales más frecuentes que infectan diversas regiones corporales (genitales externos e internos, brazos, piernas boca y otras zonas de la piel) siendo las zonas más visibles a través de la presencia de verrugas (papilomas) consideradas de tipos inofensivos no cancerosas y de fácil tratamiento. No obstante, las verrugas genitales o condilomas acumuladas se vinculan con dos tipos de Virus de Papiloma Humano (VPH) que transmiten por vía sexual y representan un grave problema al relacionarlos con el 95% del cáncer cérvico uterino al respecto.

Regesy y col (1990) señalan que: En la mayoría de las lesiones, sobre todo en los papilomas es difícil detectar la presencia del Ácido Desoxirribonucleico (ADN) del VPH en los queratinocitos basales. Es probable que esto se deba a que el número de copias del Ácido Desoxirribonucleico (ADN) se encuentra por debajo de la capacidad de detección de los métodos actuales de laboratorio.

Franco L, Villa (2000) señala que el Virus del Papiloma Humano (VPH) es un virus con ADN de doble condón que infecta las células epiteliales de la piel y mucosa (Como la boca, faringe, lengua, vagina, pene, ano), cuando dichas regiones entran en contacto con él, permitiendo la transferencia entre las células epiteliales.

Entendiendo así que el virus del papiloma humano (VPH) posee un ADN que tiene la capacidad o características que al entrar en contacto con una célula, introduce su material genético en dicha célula huésped donde una vez que la invade puede pasar a la fase liso génica o latente.

Según Calatronic (2002), refiere que durante la fase lisogénica el virus permanece inactivo en la célula huésped y no lo afecta, continua funcionando de manera normal a pesar de la invasión viral en la fase lícita, el virus se apropia de la célula huésped y la utiliza para reproducir más virus (p-116) el tiempo de la enfermedad en el cual el miembro infectante de la pareja expresado a la inversa la contagiosidad es tan mayor cuando más reciente son los condilomas desplacia.

Condiciones favorables para la penetración intracelular y la extensión de los papavirus, son las modificaciones que origina en el terreno en el cual prosperan favoreciendo los defectos higiénicos y los procesos inflamatorios locales por bacterias, analizando este segmento decimos que el virus del papiloma humano (PVH) en su fase activa cuando recién aparezca los cambios celulares y en algunas ocasiones condilomas, es cuando el poder de infectar con su gran potencia a las células infectadas.

Las infecciones con virus del papiloma humano (VPH) se creen ser las más comunes de todas las enfermedades de transmisión sexual; por los menos el 80% de mujeres habrá contraído una infección genital de virus del papiloma humano (VPH) al llegar a los 50 años de edad. Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que se estima que la prudencia por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es de cinco millones de infectados al año; un 50% de hombres y mujeres adquieren la infección durante la experiencia sexual.

La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) se puede considerar un problema de salud pública por lo diseminado de dicha infección, las divergencias que ocasiona y las dificultades para su diagnóstico y tratamiento. Dado que ha existido durante muchos años su interés reciente se debe a la relación entre algunos tipos de VPH y lesiones precancerosas y el cáncer.

Ciertamente en los últimos años la enfermedad ha llegado a niveles epidemiológicos muy elevados. La infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) es la infección vírica de transmisión sexual más frecuente, la cual se presenta con una lesión microscópica clínicamente identificable en el 30% de los pacientes y con una infección subclínica en el 70% restante, y el conocimiento de la relación entre infección y neoplasia intraepitelial precoz del tracto genital inferior.

Se ha estimado que cada año se producen 30 millones de casos nuevos de infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) del tracto genital, por lo que constituye un motivo frecuente e importante de consulta en la población. Por consiguiente, se considera que el Virus del Papiloma Humano (VPH) constituye uno de los grupos virales más frecuentes que infectan diversas regiones

corporales, siendo la forma más visible a través de la presencia de verrugas (papilomas) consideradas de tipo inofensivas no cancerosas y de fácil tratamiento.

Factores de riesgos

En los últimos tiempos la incidencia de los casos se ha ido incrementado posiblemente a diferentes factores como los cambios de hábitos sexuales y la promiscuidad y la de mayor relevancia es la creencia de información para reducir los factores de riesgo que están expuestas las personas de ambos sexos.

Se puede nombrar como factor de riesgo el inicio temprano de las relaciones sexuales. Al respecto Handsfiel señala que: El inicio precoz de las relaciones sexuales es un factor determinante en la adquisición del virus del papiloma humano (VPH) asociado al factor inmunológico e inmadurez.

En el mismo orden la promiscuidad en la actualidad aumenta ya que muchas personas mantienen contacto sexual con múltiples parejas con penetración vaginal, anal, buco genital lo que aumenta el riesgo a contaminación por VPH, la cual está directamente relacionado con el número de parejas sexuales por la invasión a protegernos a nivel del tracto genital masculino y femenino que a su vez ayudan a procesos infecciosos.

Por otra parte, se tiene grupos de alto riesgo de contraer la enfermedad, entre los cuales tenemos los homosexuales inmunosuprimidos (pacientes en diálisis renal o transplantados, Síndrome de la Inmune Deficiencia Adquirida(SIDA), fumadores crónicos, promiscuos (múltiples parejas sexuales en la adolescencia), drogadictos, cónyuges de pacientes infectados por virus del papiloma humano (VPH) y estrés.

Formas de transmisión del virus del papiloma humano (VPH).

El virus del papiloma humano (VPH) es una enfermedad infectocontagiosa que puede pasar de una persona a otra. Esta infección suele aparecer como consecuencia de una cadena que enlaza tres elementos: Agente, ambiente y hospedero.

Al respecto Ruiz (1998) señala que: Para que se produzca la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) genital es necesario el contacto infeccioso con las

mucosas. La vía de transmisión es el contacto sexual directo, siendo la puerta de entrada al hospedero sano. Las mucosas genitales y el hospedero susceptible es obligatorio, cuando ocurre el contacto sexual de una persona no infectada con una infectada se desprende el virus y este ingresa por la mucosa del compañero sexual.

El Virus del Papiloma Humano (VPH) por lo general se transmite mediante contacto de la piel durante el acto sexual de forma que la piel infectada de la persona roza, la piel de la otra y así se transmite el virus, casi todas las infecciones son adquiridas durante el contacto sexual genital o anal, aunque raramente puede transmitirse en contacto oral genital. En muy pocos casos una mujer embarazada puede transmitir el virus durante el parto a un bebé que está en contacto con el Virus del Papiloma Humano (VPH), muy pocas veces le salen verrugas en la garganta o en la laringe.

El Virus del Papiloma Humano es una infección con alto índice de transmisión sexual, aunque se ha demostrado que también puede contagiarse de otras maneras que nada tiene que ver con la actividad sexual. Para que aparezca la enfermedad es necesario además del virus, otros factores como son:

- Manipulación genital sin higiene previpocetas sucias.
- Bañeras utilizadas por personas contaminadas.
- Inadecuada utilización de instrumentación médico quirúrgico durante exámenes ginecológicos.
- Artículos de uso personal como sábanas, toallas, repos jabones que son utilizados por personas infectadas. De esta manera se tiene que la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) tiene una elevada carga viral, la cual en contacto con objetos inanimados puede retener y transmitir el virus del portador a un huésped susceptible.

Diagnóstico del Virus del Papiloma Humano (VPH).

A la mayoría de las mujeres se le diagnostica el del Virus del Papiloma Humano (VPH) en base a resultados anormales en las pruebas del papiloma o por citología, este examen es la herramienta primaria de la detección del cáncer

cervical o cambios pre cancerosa en el cuello uterino muchos de los cuales están relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH). Sin embargo, el diagnóstico está basado principalmente en tres parámetros: Clínicos, sexológicos e histológicos.

En tal sentido, Suárez nos refiere que: El diagnóstico clínico a través de la conservación a simple vista subclínico elevación exhaustiva con uso del colposcopio e histológica mediante la técnica de hibridación molecular.

Esto nos dice que con estudios de laboratorio y estudios complementarios de citología exfoliativa, biopsia y estudios histológicos podemos emitir un diagnóstico correcto.

La infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) no quiere decir que va a desarrollar cambios visibles como las verrugas genitales que son pequeñas protuberancias que crecen en grupos que forman alrededor de la vagina que puedan ser detectados por la mujer a el examen para saber si está infectada por Virus del Papiloma Humano (VPH).

Con fines preventivos la citología o test Papanicolaou representa un medio eficaz para determinar si hay cambios en el cuello uterino.

Por otro lado, Calatroni refiere que: La citología o test de Papanicolaou consiste en recoger una muestra de células que sirven como micro biopsias en la que un cito patólogo estudia múltiples procesos, y la técnica es barata, indolora y precisa para diagnosticar lesiones premalignas y malignas.

Este es el método más oportuno que las mujeres deben realizar al comenzar su vida sexual. Este es un estudio que debe realizarse mínimo anualmente, es un procedimiento indoloro que consiste en raspar con una espátula roma el cuello uterino (cérvix) para recoger células que se colocan en una placa de vidrio (porta objeto) para poder observarlo microscópicamente. Cuando este estudio nos revela la presencia de células (koilocitos) podemos hablar de la presencia del Virus del Papiloma Humano.

Sin embargo, en estudios frecuentes se ha determinado la presencia Virus del Papiloma Humano (VPH). En citologías que no indiquen la presencia del koilocitos, donde es determinado por otros estudios. Franco L, Villa (2000) a su vez expresa que: La colposcopia es un procedimiento diagnóstico que consiste en la observación y evaluación directa del tracto genital inferior femenino, en el cual se coloca un instrumento luminoso de aumento llamado colposcopio en donde se observa el epitelio de los tejidos con la aplicación de métodos de tensión con el cual se observan lesiones premalignas, infecciones por Virus del Papiloma Humano (VPH), y cáncer invasor.

Este procedimiento se puede realizar en pocos minutos sin causar molestias. El ginecólogo puede observar el cuello uterino con diferentes y una buena fuente de luz quien le coloca un espejo en la vagina a la mujer y de inmediato se pasa a la aparición de solución fisiológica a veces directamente al ácido acético al 3% con el cual se bloquearan las lesiones donde existan la probabilidad de encontrar una infección, y así ve la profundidad del canal uterino.

Cabe destacar que este procedimiento es costoso y por eso no es común realizarlo, pero es muy efectivo dado que permite visualizar si existe tejido anormal , de encontrarse estas células se procederá a la toma de una muestra del tejido o biopsia.

Ruiz señala que la biopsia del cuello es una técnica que consiste en la extracción de la muestra del tejido para diagnosticar lesiones atípicas o pigmentadas que clínicamente sugieren malignidad a displasia. Los resultados que arroje este estudio conforman la sospecha del ginecólogo para poder diagnosticar si existe una lesión del Virus del Papiloma Humano (VPH).

Estas lesiones se pueden clasificar en tres etapas distintas: I, II y III.

La etapa de la lesión o displasia depende del grosor de las células dentro de la pared cervical. Podemos considerar las lesiones precancerosas actualmente llamadas lesiones intrapiteliales (LIE BG) (Nic I) es una forma de displasia que por lo general no necesita terapia pero se debe vigilar atentamente mientras que las lesiones intrapiteliales II (Nic II), y las lesiones intrapiteliales de alto grado (LIE AG)

(Nic III) se consideran formas más avanzadas de displasia que tienen las posibilidades de desarrollar cáncer.

El bajo grado nos muestra que una paciente que por lo general se cura espontáneamente debido a su inmunidad y a los aspectos de reparación del propio cuello uterino, mientras que las de alto grado en una proporción Signos y síntomas.

La mayoría de las personas que tienen infección genital por Virus del Papiloma Humano (VPH) no saben que están infectadas. El virus vive en la piel en las membranas mucosas y generalmente la población infectada es asintomática. A ciertas personas le saldrán verrugas genitales visibles o presentarán lesiones en el cuello uterino, vulva, ano o pene, en muy contadas ocasiones la infección suele causar cáncer.

Las verrugas genitales aparecen por lo general como elevaciones o masas suaves y húmedas, rosadas o de color de la piel usualmente en el área genital. Las verrugas pueden ser planas a elevadas, únicas o múltiples, pequeñas o grandes y en ciertos casos tienen formas de coliflor. Pueden aparecer en la vulva, la vagina o el ano o alrededor de los mismos, en el cuello uterino, en el pene, escroto, en la ingle o los muslos; las verrugas pueden aparecer semanas o meses después del contacto sexual con la persona infectada o puede que no aparezcan.

Reeder (1996) afirma que los condilomas a verrugas genitales son lesiones cutáneas causadas por el papiloma humano que se transmite sexualmente. Cerca del 67% de los compañeros sexuales expuestos desarrollan condilomas. Este virus puede permanecer latente en células estables sin presentar cambios en el crecimiento o en la función celular, sin embargo, la presencia de ciertos factores ambientales traumáticos, hormonales y otros pueden inducir transformaciones de la fase de latencia hacia la fase productiva, que es cuando se produce la descarga viral que causa cambios en las células.

El cambio celular se refiere principalmente a la presencia de células precancerosas en el cuello uterino o ano, estos cambios pueden ser no evidentes ni causar síntoma alguno, en cambio son notables los condilomas o verrugas que

aparecen en los genitales. Las verrugas genitales aparecen por lo general como elevaciones o masas suaves y húmedas, rosadas o de color de la piel, en el área genital.

En los actuales momentos se han identificado cuatro variantes de verrugas: condilomas acumulados, las verrugas querostáticas, verrugas populares y verrugas planas.

Al respecto Harrison B, Wilson (2001) nos refiere que: Los condilomas afectan zonas húmedas (introito, ano y prepucio), con aspecto de coliflor las verrugas querostaticas tienen aspecto corneo que afectan el cuerpo del pene, escroto y labios menores; las verrugas populares son superficies lisas menos corneas que las querostaticas y las verrugas planas son lesiones maculares elevadas inapreciables a simple vista. Pág. 215.

La aparición de estas verrugas leves o severas varían en la apariencia entre las mujeres y los hombres una vez que el virus deja su fase latente hacia su fase productiva, se produce la descarga viral manejándose en forma de verruga o condiloma. La fase de latencia puede durar hasta 25 años y presentar síntomas posteriormente activarse y formar lesiones visibles.

Las verrugas genitales pueden incluir protuberancias semejantes a una coliflor que se puede notar, hasta hinchazones suaves o planas y protuberancia casi invisible. Algunas son duras y firmes, mientras otras son suaves y carnosas. No presentan dolor pero pueden sangrar con facilidad o producir comezón. Las verrugas por lo general permanecen pequeñas (menos de un cuarto de pulgada), pero verrugas grandes (algunas veces de una pulgada o más) se pueden presentar sí estas no fueron tratadas cuando eran pequeñas.

Las verrugas son más comunes en los sitios de fricción o contacto durante el acto sexual. De tal manera que los sitios más comunes en las mujeres son los labios vaginales menores, o alrededor de la abertura vaginal.

En los hombres la cabeza o punta del pene son los sitios donde se presentan las verrugas más frecuentes, sin embargo, las verrugas más comúnmente se presentan en otras áreas, tales como: El ano, escroto o la labia vagina mayor, las

mismas pueden aparecer a las pocas semanas y hasta los tres meses luego de infectarse con Virus del Papiloma Humano (VPH), pero en ocasiones las verrugas pueden aparecer muchos meses después e incluso algunos años luego de contraer el virus. De tal manera que la aparición de verrugas visibles no siempre significa una infección reciente con una pareja infectada.

Es importante destacar que la verrugas grandes o con traumatismo se suelen ulcerar produciendo dolor, secreción o mal olor. Al respecto Mc Cari afirma que las secreciones uretrales y vaginales son producto de traumatismos de las verrugas, las cuales drenan una secreción purulenta con una alta carga viral. Pág. 376.

Con respecto a las lesiones intra epiteliales o displacia son células anormales que se encuentran dentro del ano o en el interior del cuello uterino (ubicado en la parte inferior del útero o matriz). La displacia es una enfermedad que se considera precancerosa, esto no quiere decir que todas las personas que tengan displasia vayan a desarrollar cáncer.

Tratamiento.

No existe cura para la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), aunque en la mayoría la infección de las mujeres desaparece por sí sola, por este motivo no se recomienda tratamiento para este tipo de infecciones, solo cuando hay verrugas visibles o lesiones intra epiteliales escamosos.

Ningún antibiótico u otros medicamentos matan el virus del VPH, el tratamiento consiste o quitar los tejidos anormales tales como verrugas, anormalidades celulares, precancerosas o formaciones cancerosas. Incluso estos tejidos son retirados o destruidos pero el virus permanece en áreas dañadas, pero en ocasiones estas anormalidades de grado inferior pueden irse por sí solos, aunque estas no se someten a tratamiento, es decir, que se curan solas, podría ser porque la presente consultó, y lleva un control periódico de sus exámenes ginecológicos, presentó la lesión se curó y no lo supo. Puede presentarse esta situación muchas veces, pero también esas mujeres que no asisten al ginecólogo con frecuencia, tal vez haya tenido una lesión de bajo grado sin saberlo y si algún momento se realiza una evaluación ginecológica estará bien.

Pero existe otro grupo, donde la mujer sabe que debe hacerse una citología anual y, probablemente también una colposcopia. En cuanto al tratamiento en estos casos en la actualidad tiende a ser conservador. El especialista la observa a través del tiempo en los casos de LIE BJ porque se ha visto que si no existen otros factores, como son el cigarrillo, la presencia de diversos subtipos de Virus del Papiloma Humano (VPH, múltiple parejas sexuales, precocidad al comienzo de la actividad sexual, amén de saber que el ejercicio físico es importante al igual que la alimentación balanceada con complementos como ácido fólico, vitamina C y otros que mejoraran el sistema inmune de la paciente, al ella misma mejorar su inmunidad es capaz de abortar a ese virus, a esa lesión, de su cuerpo al repararse las inflamaciones del cuello uterino mediante procesos como la metaplasma, se ha detectado la desaparición clínica de estas lesiones de bajo riesgo.

Tratar las verrugas, la displasia y los canceres depende del lugar y la gravedad de la enfermedad. A continuación se dará una explicación de los tratamientos disponibles y cuando se realizan:

Medicamentos tópicos: Geles y cremas tópicas, que se usan solamente para el tratamiento de las verrugas genitales. Tales productos han demostrado tener una efectividad del 30% al 80% para disminuir a veces dramáticamente el tamaño de la verruga genital. Todos los tratamientos tópicos, con excepción de imiquimod, se pueden usar para tratar las verrugas dentro del ano o de la vagina. Estos medicamentos no son efectivos para el tratamiento de la displasia anal, cervical ni del cáncer.

En la crioterapia se utiliza nitrógeno líquido para congelar las verrugas u otros parches de células anormales (lesiones, displasia) dentro o cerca de los genitales. Este es uno de los tratamientos más difíciles, y se puede llevar a cabo en un consultorio del doctor.

El tratamiento con láser es más agresivo que la crioterapia y utiliza un haz de luz muy potente para quemar y extraer el tejido anormal del ano o del cérvix. Este tipo de tratamiento requiere hospitalización. Es efectivo en displasias intermedias o de grado superior.

Escisión electro quirúrgica (Lee, siglas en inglés): Es una clase de cirugía y casi siempre requiere hospitalización. Como en el caso de la terapia con láser, este tratamiento no debería realizarse en lesiones que son tan profundas como para ser vistas utilizando un colposcopio o un anoscopio.

La cirugía/biopsia conal: Son muy comunes en la actualidad. Este tratamiento se extrae el tejido anormal de la zona anal o cervical para poder obtener un buen diagnóstico y poder realizar un efectivo tratamiento de la displasia.

Cirugía radical/radiación/quimioterapia: El cáncer anal y cervical (carcinoma) se trata como cualquier otra forma de cáncer. La radiación y/o la cirugía son necesarias para destruir o extraer el cáncer y el tejido que lo rodea. Sí el cáncer se disemina (hace metástasis), generalmente se realiza quimioterapia para destruir las células cancerosas en otras partes del cuerpo.

Complicaciones.

De acuerdo con la frecuencia con las que las lesiones de alto riesgo progresan el carcinoma.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cita que los temores del tracto vaginal femenino representan una quinta parte de los tumores de la mujer. El tumor más frecuente es el del cerviz, segundo del cáncer de ovario de endometrio, y los cáncer de vagina y vulva.

Es decir, los tumores genitales representan alrededor del 16% de los cánceres de la mujer relacionados con la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH). En muestras de tejidos neoplásico de localizaciones múltiples asociados al cáncer del cuello uterino.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PACIENTE CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH).

Son varios los factores de riesgos asociados al cáncer de cuello uterino (CACU) en pacientes infectados con papiloma virus genital, ente los cuales podemos señalar:

a) Comportamiento sexual.

b) Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.

c) Tabaquismo.

d) Anticonceptivos hormonales orales.

e) Dieta

OTROS FACTORES DE RIESGO.

Haciendo un análisis de los factores de riesgo que señalamos con relación a la infección por VPH y su asociación con el cáncer, podríamos decir que desde 1.842 Rigoni Stern ya había observado que existía mayor incidencia de cáncer en mujeres casadas que en las monjas (hermanas del claustro). También se sabe que existe una mayor prevalencia de cáncer en mujeres con mayor números de parejas sexuales con inicio de la vida sexual a temprana edad, antecedentes de compañeros sexual con cáncer de pene y matrimonio previo con enfermedades de cáncer cérvico uterino.

Se ha señalado que cuando existen antecedentes de relaciones extramaritales, relaciones con prostitutas, antecedentes con enfermedades de transmisión sexual y más parejas sexuales, también tienen riesgo a cáncer por su posible asociación con el VPH.

Las enfermedades de transmisión sexual que más se asocian a la progresión a cáncer están la tricomoniasis, clamidiasis, sífilis, infección por micoplasmas (*M. Hominis*, *U. urealyticum*), citomegalovirus y herpes simple tipo II. Se han identificado metabolitos del tabaco, tales como la nicotina, cotinina y otros mutágenos en el moco cervical de mujeres, una hora después de haber fumado un cigarrillo. Es considerado el tabaco un factor muy importante en la génesis del cáncer cérvico uterino, sobre todo en la fase donde la infección por VPH propicia las alteraciones del núcleo de las células epiteliales (poliploidia).

Algo que ha creado controversia es lo que han señalado algunos investigadores con respecto a la asociación con el uso prolongado de anticonceptivos orales y neoplasia (cáncer de cuello uterino), aunque en trabajos recientes los señalan como un factor de riesgo independiente.

La dieta podría explicar las diferencias regionales que se observan en la incidencia de cáncer de cuello uterino comparando por ejemplo a Latinoamérica con los países de Europa. Se ha estudiado poco sobre este cofactor, sin embargo, se señala que existen algunos productos de la dieta que se asocia al carcinoma cervicouterino, como glutamato monosódico de algunos alimentos enlatados. También algunas deficiencias vitamínicas se han señalado como riesgo mayor de desarrollar esta neoplasia, específicamente la "A" y la "C".

Otros factores que se han estudiado pero que aún no cuentan suficiente sustento científico son algunos como DNA del esperma, histonas y protaminas del eyaculado, esmegma, nitrosaminas, entre otros. Algo importante que hay que señalar es la progresión rápida a cáncer cérvico uterino que se ha visto en pacientes en la que se asocia VPH y VIH (virus de inmunodeficiencia humana).

MEDIDAS PREVENTIVAS.

En realidad son las mismas que se mencionan para todas las enfermedades de los programas preventivos de salud que deben basarse en:

- Informar y educar a la población con mayor riesgo que son los adolescentes.
- Promover campañas a través de los medios de comunicación masivo sobre los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual, y antes de cualquier cosa debe quedar muy claro que la prevención de estas enfermedades se basa en el principio fundamental que es la educación, donde el profesional de la salud a través de los procesos educativos formales e informales proporcionen información necesaria a los usuarios, a fin que aplique las medidas preventivas que minimicen la propagación de la infección de transmisión sexual, específicamente el virus del papiloma humano (VPH).

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa: El personal de salud que actúa como informante debe asumir una posición libre de presión y perjuicios de manera que pueda transmitir una visión objetiva científica y clara

sobre las medidas preventivas a aplicar para evitar la contaminación por virus del papiloma humano (VPH).

Según lo anunciado, se tiene que el personal comunitario que labora dentro de la atención primaria debe demostrar sus cualidades como educador enseñando todas aquellas medidas de manera preventiva para evitar la contaminación de infecciones de transmisión sexual, en especial las de virus del papiloma humano (VPH), dando a conocer e informar lo más conveniente, como es el uso de métodos de barrera (uso de condón o preservativos), la asistencia sexual con grupos de alto riesgo, mantener relaciones monogamias, llevar un control ginecológico anual y mantener una buena higiene perianal. Estos aspectos lo deben conocer los usuarios y su objetivo es lograr que se prevenga esta enfermedad, sin embargo, la mayoría de infecciones genitales con virus del papiloma humano (VPH) permanecen completamente silenciosas y nunca causan problemas de salud serios, de tal manera que puedan resultar igual importante prevenir el virus del papiloma humano (VPH) que la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual.

La infección con el Virus del Papiloma Humano juega un papel importante en la aparición de lesiones tanto benignas como malignas, el hombre y la mujer deben conocer las medidas preventivas de este virus, especialmente para que no se propague más la infección. En tal sentido deben considerarse estos aspectos:

Abstenerse de toda actividad sexual (no tener sexo vaginal, anal u oral) es la forma más segura de evitar infectarse con Virus del Papiloma Humano (VPH).

La siguiente forma más segura de reducir el riesgo es tener contacto sexual con una pareja que solamente tenga sexo con usted (monogamia).

Para aquellos que deciden estar sexualmente activos, los condones deben usarse correctamente y consistentemente para reducir la posibilidad de infección.

Evitar el contacto con otra pareja usted o su pareja tienen verrugas visibles sin ser tratadas (o protuberancias que pueden ser verrugas), cerca o en su área genital, o si alguno en la pareja ha sido diagnosticado recientemente y no ha sido tratado con anomalías detectadas con Papanicolaou.

Sin embargo, tal vez no sea necesario evitar toda actividad sexual con una pareja regular. Si usted sospecha que puede tener verrugas genitales u otra infección causada por Virus del Papiloma Humano (VPH) (o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual) busque ayuda médica de inmediato. En tal sentido se recomienda:

- Antes de tener actividad sexual, hablar con su pareja acerca del Virus del Papiloma Humano (VPH) y otras enfermedades de transmisión sexual y negocie un plan de reducción de riesgo que sea cómodo para ambos.
- Notificar a su actual pareja si usted tiene Virus del Papiloma Humano (VPH). Si ha sido diagnosticado recientemente con verrugas genitales debe informar a todas las parejas con las que ha tenido sexo durante los 3 meses anteriores a la aparición de las verrugas.
- Visitar al ginecólogo, en el caso de las mujeres anualmente a través de un control médico para sus estudios iniciales, sin que presente síntomas porque puede ser aparentemente sana y estar infectada sin saberlo.
- Realice un control citológico anual porque representa un medio eficaz y oportuno que permite el diagnóstico precoz del cáncer y la detección de la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH). Debe hacerse en mujeres activas sexualmente.
- Mantenga una buena higiene corporal. El aseo ayuda a eliminar los microorganismos y secreciones corporales, de ahí la necesidad de realizar medidas de higiene antes y después de cada acto sexual.

2.3 BASES CONCEPTUALES

a) Uterino, na.

(Del lat. uterīnus)

- Pertenece o relativo al útero.

b) Cuello.

- El **cuello uterino** o **cérvix uterino** es la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina, y es un componente anatómico exclusivo de la hembra de los mamíferos

Aunque, por lo general mide, de 3 a 4 cm de longitud y unos 2,5 cm de diámetro, el cérvix se puede dilatar unos 10 cm durante el parto para dejar que pase el bebé, y su tamaño puede variar según la edad, el número de partos y el momento del ciclo menstrual de la mujer..

c) Cáncer

"El cáncer es un grupo de muchas enfermedades relacionadas. Estas enfermedades empiezan en la célula, la unidad básica de vida del cuerpo, al aumentar desmesuradamente en tamaño y número (hipertrofia, hiperplasia). Normalmente, las células crecen y se dividen para formar nuevas células en forma ordenada. Ellas llevan a cabo sus funciones por un tiempo y luego mueren."

d) Cáncer al cuello uterino:

"También conocido como cáncer cervical o carcinoma del cuello uterino, suele crecer lentamente por un periodo de tiempo, en sus inicios algunas células comienzan a convertirse de células normales en células pre-cancerosas y luego pasan a ser células cancerosas (proceso conocido como displasia).

e) Ectocérvix: Capa externa que cubre al cuello del útero constituido por epitelio escamoso.

f) Endocérvix.- Capa interna que cubre el cuello uterino, constituido por epitelio poliestratificado.

g) Condiloma acuminado: Enfermedad vírica de transmisión sexual de la vulva, vagina y cuello uterino causado por el papilomavirus humano.

h) Condiloma plano: Lesiones blanco grisáceo, grande, ancho y aplanado, caracterizado de la sífilis, localizado con mayor frecuencia en la vulva.

i) Crioterapia: Congelación del cerviz para destruir el epitelio alterado.

j) Epitelio: Revestimiento de los órganos internos y externos del cuerpo; incluida la cubierta de los vasos. Está formada por células unidas entre sí por material conectivo, variando el número de capas y las clases de células.

k) Genoma: Juego completo de genes en los cromosomas de cada una de las células de un determinado organismo. Hibridación: Proceso de producir híbridos mediante procreación cruzada.

l) Lesión escamosa intraepitelial (LEI): Término citológico para describir las células anormales según la clasificación de Bethesda (SIL).

m) Neoplasia intraepitelial cervical (NIC): Cambios premalignos del epitelio cervical que pueden progresar hasta un carcinoma cervical. El grado de alteración varía desde leve a grave y se describe como NIC I-NIC II-NIC III.

n) Neoplasia: Desarrollo de células nuevas y anormales que pueden ser benignas o malignas.

2- SESION EDUCATIVA.

La sesión educativa es una técnica que se utiliza en la enseñanza o educación de personas adultas. Fomenta el análisis, el diálogo y la reflexión sobre un tema identificado.

Etapas

1. Preparativos:

Es la etapa previa a la sesión propiamente dicha; corresponde a la preparación de los temas, preparar los materiales que se utilizarán durante el desarrollo del taller, buscar el local donde va a realizar la reunión, asegurar la asistencia de los participantes, invitar, convocar.

2. Inicio de la sesión:

El o la facilitadora se presenta, saluda con afecto a las participantes, y organiza dinámicas de presentación para romper el hielo y para que las participantes puedan conocerse mejor.

3. Momento de la enseñanza:

Esta es la etapa en que se recogen los conocimientos de las participantes y se hace entrega de nuevos conocimientos, a veces usando imágenes (fotografías o dibujos). Para esto se hacen preguntas de descripción, tales como: “¿Qué observas en este dibujo?”; luego, se realizan las preguntas de análisis, tal como: “¿Qué significa este dibujo para ti?” y finalmente, las preguntas de proyección, por ejemplo: “¿Cómo te ubicas en este dibujo?” El orden de los distintos tipos de preguntas debe ser respetado por las facilitadoras y no ser alterado.

4. Evaluación:

Es el momento en que debemos asegurarnos si los mensajes están quedando claros para los participantes, si los han comprendido como estamos pensando. Para esto se utilizan una serie de dinámicas (juegos).

5. Compromiso:

Todo aprendizaje debe generar en las personas un cambio de conducta, la adopción de prácticas saludables para mejorar su vida. Es el momento en que los participantes asumen compromisos en relación al tema desarrollado, a fin de poner en práctica y difundir lo aprendido.

6. Despedida:

Se hace un resumen del tema tratado, se anuncia el próximo tema y se acuerda con los participantes la fecha de la reunión próxima.

8. El Autocuidado

Etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: **Auto** Del griego αὐτο que significa "propio" o "por uno mismo", y **cuidado** del latín cogitātus que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente. El concepto de autocuidado es un constructo conceptual muy utilizado en la disciplina de Enfermería. El auto-cuidado es la

práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.

9. Prevención.

Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que una cosa mala suceda.

Del latín *praeventio*, prevención es la acción y efecto de prevenir (preparar con anticipación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo).

La prevención, por lo tanto, es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete. Por eso existe la frase popular que señala que “más vale prevenir que curar” o “mejor prevenir que curar”. Esto quiere decir que, si una persona toma prevenciones para evitar enfermedades, minimizará la chance de tener problemas de salud. Por lo tanto, es mejor invertir en prevención que en un tratamiento paliativo.

10. Niveles de prevención.

El concepto de prevención es mejor definido en el contexto de niveles, tradicionalmente llamados:

A.- Prevención Primaria.

Acto destinado a disminuir la incidencia de una enfermedad, reduciendo el riesgo de nuevos casos.

- . Protección de la salud. Dirigido al medio ambiente.
- . Promoción de la salud. Dirigido a las personas. Eje: Educación.

B.- Prevención Secundaria.

Actos destinados a disminuir la prevalencia de una enfermedad, reduciendo su evolución y duración.

- . Examen de salud (screening)
- . Autoexamen.

C.- Prevención Terciaria.

Actos destinados a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas, reduciendo las invalideces funcionales producidas por la enfermedad.

- . Rehabilitación.
- . Reinserción social.

11. Internalización.

Mecanismo psicológico por el cual el individuo interioriza una norma o pauta social hasta el punto de considerarla como parte integrante de su personalidad.

Proceso mediante el cual un individuo incorpora en su personalidad los patrones de conducta prevalecientes en la sociedad”.

12. Sensibilización.

Mecanismo por el que la respuesta inmune provocada por un antígeno aparece con mayor intensidad tras una administración inicial

Incremento de la reacción innata a un estímulo que resulta de la repetición o constancia de éste. La respuesta a un estímulo reiterativo doloroso, p. ej., puede hacerse mayor a medida que el estímulo es experimentado una y otra vez por el organismo.

13. Concientización.

Entendemos por concientizar a todo aquello acto que signifique hacer que una persona tome conciencia sobre determinadas circunstancias, fenómenos, elementos de su personalidad o actitud, para mejorar su calidad de vida y sus vínculos no sólo con el resto de los individuos si no también con el medio ambiente que lo rodea. La idea de concientizar a alguien siempre tiene un sentido positivo ya que se supone que al llevar a cabo tal acción, uno está haciendo que la otra persona, aquella a la que se concientiza, deje de lado actitudes o fórmulas impulsivas, inconscientes, que comience a utilizar su nivel de madurez e inteligencia para su propio bien y el de otros.

14. Formación.

El concepto de **formación** proviene de la palabra latina formatio. Se trata de un término asociado al verbo **formar** (otorgar forma a alguna cosa, concertar un todo

a partir de la integración de sus partes). La formación también se refiere a la forma como aspecto o características externas (“Es un animal de excelente formación”) y a la **acumulación de piedras o minerales** que comparten ciertos rasgos en su **geología**.

- a-** Manera de estar configurado o dispuesto el aspecto exterior de algo.
- b-** Creación o constitución de una cosa que no existía antes.
- c-** Formación intelectual o profesional de una persona: es un mecánico con una excelente formación técnica.
- d-** Conjunto ordenado de personas o cosas, especialmente de soldados dispuestos en fila: formación militar; formación política.
- e-** Conjunto de rocas o minerales que se han depositado en un lugar durante el mismo periodo geológico.

15. Educación.

LA EDUCACIÓN, (del latín educere 'sacar, extraer' o educare 'formar, instruir') puede definirse como:

El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra, pues está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.

El proceso de vinculación y concienciación cultural, moral y conductual. Así, a través de la educación, las nuevas generaciones asimilan y aprenden los conocimientos, normas de conducta, modos de ser y formas de ver el mundo de generaciones anteriores, creando además otros nuevos.

Proceso de socialización formal de los individuos de una sociedad.

LA EDUCACIÓN. Puede definirse como el proceso de socialización de los individuos. Al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos. La educación también implica una concienciación cultural y conductual, donde las nuevas generaciones adquieren los modos de ser de generaciones anteriores.

EDUCACIÓN. El proceso educativo se materializa en una serie de habilidades y valores, que producen cambios intelectuales, emocionales y sociales en el individuo. De acuerdo al grado de concienciación alcanzado, estos valores pueden durar toda la vida o sólo un cierto periodo de tiempo.

En el caso de los niños, la educación busca fomentar el proceso de estructuración del pensamiento y de las formas de expresión. Ayuda en el proceso madurativo sensorio-motor y estimula la integración y la convivencia grupal.

1. Acción educativa.

Es un proceso basado en la comunicación, y orientado hacia el futuro que tiene una intención educativa y pretende un modelo propuesto previamente.

La educación es principalmente una ACCIÓN.

REALIZABLE, una tarea que está siendo hecha o por hacer. Es la educación como práctica que puede ser dirigida y ordenada.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de una investigación del tipo descriptivo. Se describen los datos obtenidos para que los mismos tengan un impacto en la vida de las mujeres fértiles estudiadas. El lector de la investigación sabrá qué hacer para prevenir esta enfermedad, por lo tanto, más personas vivirán una vida sana.

3.2 NIVEL DE ESTUDIO

Descriptivo. Se describe el problema a partir del contacto directo con el fenómeno, se recogen sus características externas: enumeración y agrupamiento de sus partes, las cualidades y circunstancias que lo entornan.

3.3 DISEÑO DE ESTUDIO

Se presenta un diseño descriptivo donde se analiza la prevalencia del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil, las características de la enfermedad las que generan un comportamiento inadecuado en la población femenina que es la más afectada con esta entidad nosológica.

3.4 POBLACIÓN MUESTREAL

Para esta investigación se seleccionó una población de 240 mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud "San Fernando de Manatay". Del total de la población se tomó una muestra consistente en 80 mujeres en edad fértil, lo que representa el 66.6%.

3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo de esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos:

Del nivel teórico

Histórico y lógico: Facilitó analizar el de curso histórico del cáncer cérvico uterino como entidad clínica de relevancia en el sistema de salud peruano, a partir del

análisis de su periodización y evolución, lo que permitió llegar a conclusiones y establecer los antecedentes y regularidades históricas que caracterizan al objeto de investigación.

Estudio documental: Se utilizó para el estudio y análisis de la literatura actualizada y especializada en la temática referida, por ejemplo: libros, revistas, artículos, Tesis de Maestrías y Doctorales, materiales en soporte digital y otros, de modo que permitiera tomar posiciones teóricas y metodológicas sobre la necesidad de la prevención del cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil.

Análisis y síntesis: para analizar los elementos que constituyen el problema y sintetizar los mismos, desde el punto teórico- práctico, y la posibilidad de ser aplicados en las acciones educativas propuestas.

Inducción y deducción: está estrechamente relacionado con el análisis y síntesis, debido a que posibilita analizar los fundamentos teóricos que sustentan las causas que conllevan al incremento del cáncer de cuello uterino en las mujeres en edad fértil.

Sistémico estructural: Para la construcción de las actividades educativas con carácter sistémico estableciendo su estructura, componentes y cualidades, resaltando los vínculos, nexos e interrelaciones entre sus partes.

Del nivel empírico experimental:

Observación: para la toma de muestra a las mujeres en edades fértiles y evaluar su comportamiento durante la aplicación de la encuesta.

Entrevistas: al personal de salud, con el objetivo de obtener información relacionada con aspectos fundamentales para la investigación en torno al problema.

Encuestas: a las pacientes y sus familiares para obtener información necesaria, así como profundizar en el estado inicial del problema.

Del nivel estadístico matemático

Análisis porcentual: Para el procesamiento matemático estadístico de los resultados de los instrumentos aplicados en el proceso investigativo.

3.6 VALIDEZ DEL ESTUDIO.

El presente estudio mostró resultados precisos ya que los instrumentos de recolección de datos fueron validados con el propósito de otorgar las conclusiones más próximas a la verdad.

3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los instrumentos utilizados se consideran confiables ya que producen resultados consistentes y coherentes. Para el procesamiento matemático estadístico de los resultados de los instrumentos aplicados en el proceso investigativo.

La confiabilidad estuvo dada por la medida de estabilidad, ya que instrumentos de medición: encuestas, entrevistas y observación se aplicaron dos veces al mismo grupo de personas en diferente período para medir las variables identificadas. La información obtenida con su aplicación respondió a los objetivos de la investigación.

3.8 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Tomando en cuenta la naturaleza de las variables e indicadores, se utilizaron como técnicas para recolectar información la observación mediante una guía elaborada a tal efecto, lo que permitió verificar el comportamiento de las mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud “San Fernando de Manantay”, las entrevistas que fueron aplicadas a las familiares de las mujeres en edad fértil, para recopilar información sobre el nivel de conocimientos que poseen sobre el cáncer de cuello uterino y las encuestas que fueron aplicaron a las mujeres e edad fértil.

Primero se aplicó una encuesta a las mujeres en edad fértil , para recoger el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino. En el momento de la aplicación se realizaba de manera concomitante la observación del comportamiento de las pacientes. Luego se aplicó una encuesta a familiares de las pacientes con objetivo similar a las que se aplicaron a las mismas.

Para obtener la información se colocó a las mujeres en edad fértil en un lugar con ambiente agradable, sin incidencia de personal ajeno a la entidad de salud y solo acompañadas por el investigador. Se les dio el tiempo suficiente para contestar el cuestionario sin presiones, al igual que a los familiares que fueron entrevistados en sus hogares donde se sentían más cómodos. La información obtenida se fue recopilando para su posterior análisis.

3.9 ELABORACIÓN DE DATOS.

Revisión de datos: Se examinaron de forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron a fin de realizar el control de la calidad de los datos.

Codificación de los datos: los datos recolectados fueron transformados en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos y representados según las variables de estudio.

Clasificación de datos: Se realizó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.

Presentación de datos: Se presentan los datos en tablas y en figuras de variables de estudio.

3.10 ANÁLISIS Y ELABORACIÓN DE DATOS

El procesamiento de datos se realizará a través de un diseño estadístico con el propósito de cuantificar los resultados de los instrumentos aplicados, el procesamiento y la interpretación de los datos obtenidos es cuantitativa, cuyos valores se resumirán con la presentación de tablas y gráficos estadísticos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

1.- DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MUESTRA

EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN						TOTAL %	
	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR			
18 - 29 años	04	5.0	20	25.0	04	5.0	28	35
30 - 50 años	12	15.0	32	40.0	08	10.0	52	65
TOTAL	16	20.0	52	65.0	12	15.0	80	100%

Se observa que del total de mujeres en edad fértil, se observa en la MAYORÍA con el 65.0 % (52) tienen educación secundaria y la MINORÍA con solo el 15 % (12) tienen educación superior.

Además del total de encuestados, el 65 % (52) están entre los 30 a 50 años de edad y solo el 35 % (28) están entre 18 a 29 años de edad.

2.- CONDICIÓN DE VIVIENDA DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL DEL C.S.S.F.

A continuación se presentan los resultados de los instrumentos aplicados, pre y **POST TEST.**

EDAD	PROPIO		ALQUILADO		OTROS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18 - 29 años	20	25.0	02	2.5	06	7.5	28	35
30 - 50 años	40	50.0	02	2.5	10	12.5	52	65
TOTAL	60	75.0	04	5.0	16	20.0	80	100 %

INTERPRETACIÓN

Se observa que el 75 % (60) de mujeres en edad fértil, tienen vivienda propia, pero adquiridos generalmente por invasión de propiedades privadas titulados. El 25 % (20) viven en viviendas alquiladas o son cuidadores.

PRE – TEST

3.- NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DEL CACU

PRE TEST

NIVEL CONOCIMIENTOS EN PREVENCIÓN DEL CACU	PROPORCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL	
	Nº	%
NINGUNO	24	30
REGULAR	44	55
BUENO	12	15
TOTAL	80	100%

INTERPRETACIÓN

En el pre test se observa que el nivel de conocimiento en prevención del cáncer de cuello uterino de las mujeres en edad fértil, es que MAYORITARIAMENTE con el 55 % (44) conoce regularmente la prevención de esta enfermedad. Solo MINORITARIAMENTE con el 15 % (12), tiene buen conocimiento en la prevención del cáncer cervical.

POST TEST.

NIVEL CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN DEL CACU	PROPORCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL.	
	Nº	%
BAJO	05	06
REGULAR	14	18
BUENO	61	76
TOTAL	80	100%

INTERPRETACIÓN

Una vez aplicado las acciones educativas, se observa que el 76 % (61) domina los aspectos esenciales, sobre la prevención del cáncer de cuello uterino encontrando mejoría en la intervención . Mientras que el 6 % (5), se mantiene con bajo conocimiento en la prevención del cáncer cervical.

4.- ESTRATO SOCIAL EN LOS QUE SE PRESENTA EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN FRECUENCIA SOBRE PREVENCIÓN DEL CANCER DE CUELLO UTERINO “CACU”

PRE - TEST

NIVEL DE CONOCIMIENTO: EL CANCER DE CUELLO UTERINO SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EN:	PROPORCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL	
	Nº	%
Mujeres de bajos recursos Económicos.	-	-
Mujeres de altos recursos Económicos.	-	-
Todo las anteriores	36	45
No sabe	44	55
TOTAL	80	100%

INTERPRETACIÓN

En el pre- test en relación al nivel de conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Se tuvo una repuesta MAYORITARIAMENTE con el 55 % (44) en no saben, mientras MINORITARIAMENTE con el 45 % (36) respondieron todo los anteriores (mujeres de altos y bajos recursos económicos)

POST TEST

EL CACU SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EN:	Proporción de mujeres en edad fértil	
	Nº	%
Mujeres de bajos recursos Económicos.	-	-
Mujeres de altos recursos Económicos.	-	-
Totales anteriores	79	98.7
No sabe	01	1.3
TOTAL	80	100%

INTERPRETACIÓN

En el post test en relación al nivel de conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Se tuvo una repuesta MAYORITARIAMENTE con el 98.7 % (79) con todas las anteriores (mujeres con altos y bajos recursos económicos observando una significativa mejora, mientras MINORITARIAMENTE con el 1.3 % (1) respondieron que no saben.

5.- CANTIDAD DE COMPAÑEROS SEXUALES.

PRE - TEST

Nº COMPAÑEROS SEXUALES	PROPORCIÓN DE COMPAÑEROS SEXUALES.	
	Nº	%
1 - 2	52	65%
3 a más	28	35%
TOTAL	80	100%

INTERPRETACIÓN

Con relación al número de compañeros sexuales que tuvieron en su vida las mujeres en edad fértil, el 65 % (52 mujeres) tuvo de 1 a 2 compañeros sexuales y el 35 % (28 mujeres) tuvieron 3 a más compañeros sexuales.

6.- INICIO DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EN SU VIDA.

PRE - TEST

EDAD INICIO PRIMERA RELACIÓN SEXUAL.	PROPORCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL.	
	Nº	%
10 a 17 años	56	70
18 a 24 años	24	30
25 a más años	-	-
TOTAL	80	100%

INTERPRETACIÓN

Con relación a la edad de inicio de la primera relación sexual de las mujeres en edad fértil, se observa que la MAYORÍA con el 70 % (56 mujeres) hicieron entre los 10 a 17 años de edad, y la minoría con el 30 % (24 mujeres) hicieron entre 18 a 24 años de edad.

7.-DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN NUMERO DE HIJOS Y ABORTOS

PRE - TEST

RAZÓN DE Nº HIJOS Y ABORTOS	Nº DE HIJOS		Nº DE ABORTOS	
	Nº	%	Nº	%
1 - 2	40	50	14	20
3 a más	31	39	04	05
Ninguno	09	11	-	-
TOTAL	80	100	18	100

INTERPRETACIÓN.

Se observa una MAYORIA con el 50 % (40 mujeres) que tienen de 1 a 2 hijos, y una MINORIA con 11 % (9 mujeres) con ningún hijo.

Además las mujeres con 1 a 2 hijos, tuvieron una MAYOR proporción con el 20 % (14 mujeres) de abortos. Y las mujeres con 3 a más hijos tuvieron una MENOR proporción de abortos con solo el 5 % (4 mujeres).

8.- CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES SOBRE UTILIDAD DE PAPANICOLAOU

PRE - TEST

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE :PARA QUE SIRVE EL PAPANICOLAOU.	Proporción de mujeres en edad fértil.	
	Nº	%
Desconoce	35	43.75
Conoce limitadamente	42	52.5
Conoce y describe el procedimiento	03	3.7
TOTAL	80	100%

INTERPRETACIÓN.

En cuanto al nivel de conocimiento: Para qué sirve el Papanicolaou , se observa que una MAYORIA con el 52.4 % (42 mujeres) conocen limitadamente el tema. Mientras que una MINORÍA con el 3.7 % (03 mujeres) conocen y describen el procedimiento del Papanicolaou

CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES SOBRE UTILIDAD DE PAPANICOLAOU

POST - TEST

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE :PARA QUE SIRVE EL PAPANICOLAOU.	Proporción de mujeres en edad fértil	
	Nº	%
Desconoce		
Conoce limitadamente	12	15
Conoce y describe el procedimiento	68	85
TOTAL	80	100%

INTERPRETACIÓN.

En cuanto al nivel de conocimiento: Para qué sirve el Papanicolaou , se observa que una MAYORÍA con el 85 % (68 mujeres) conocen y describen el procedimiento del Papanicolaou, logrando una significativa mejora. Mientas que una MINORÍA con el 15% (12 mujeres) conocen limitadamente el tema y nadie desconoce el tema.

9.- MUJERES QUE LE TOMARON LA MUESTRA DE PAPANICOLAOU

PRE - TEST

Nº DE VECES QUE LE TOMARON LA MUESTRA DE PAPANICOLAOU	PROPORCIÓN DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE LE TOMARON LA MUESTRA DE PAPANICOLAOU	
	Nº	%
Nunca	28	35 %
Sólo una vez	16	20 %
Dos a más veces	36	45
TOTAL	80	100 %

INTERPRETACIÓN

En relación al número de veces que le tomaron la muestra de Papanicolaou, se observa que en su MAYORIA con el 45 % (36) de mujeres, lo hicieron de 2 a más veces. Mientras que la MINORIA con el 20 % (16) de mujeres solo 1 vez le tomaron la muestra de Papanicolaou.

10.- MUJERES QUE ARGUMENTAN CAUSAS POR LAS QUE NO SE TOMARON LA MUESTRA DE PAPANICOLAOU.

PRE - TEST

CAUSAS POR LAS QUE NO SE TOMÓ LA MUESTRA DE PAPANICOLAOU.	PROPORCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE NÚNCA LE HICIERON LA TOMA DE MUESTRA DE PAPANICOLAOU.	
	Nº	%
Porque desconoce.	20	25
Porque conoce y le da miedo.	12	15
Porque conoce y su esposo no quiere.	16	20
Porque conoce, pero le hace enfermar.	08	10
Porque el examen lo realiza un varón.	12	15
Otros.	08	10
Total	80	100 %

INTERPRETACIÓN

En relación al motivo porque nunca le hicieron toma de muestra de Papanicolaou, se observa que la MAYORIA con el 25.0% (20) es porque desconoce el procedimiento, mientras en su MINORIA con el 10 % (08) es porque le hace enfermar.

11.- MUJERES QUE SUGIEREN LA EDAD, PARA INICIAR HACERSE SU PAPANICOLAOU.

PRE - TEST

EDAD DE LA MUJER PARA HACERSE PAPANICOLAOU.	PROPORCIÓN DE MUJERES QUE SUGIEREN PARA INICIAR EN HACERSE SU PAPANICOLAOU.	
	Nº	%
De 18 a 24 años	68	85
De 25 a más	12	15.0
Desconocen	-	-
Total	80	100 %

INTERPRETACIÓN

En relación a la edad de la mujer que sugieren para iniciar en hacerse su Papanicolaou, se observa que en su MAYORIA con el 85 % (68) de mujeres de mujeres sugieren para iniciar su Papanicolaou entre 18 a 24 años de edad, encontrando mejoría significativa en el caso. Mientras que en su MINORIA con el 15 % (12) de mujeres de mujeres sugieren para iniciar su Papanicolaou entre 18 a 24 años de edad. sugieren para iniciar su Papanicolaou entre 25 a años de edad .

MUJERES QUE SUGIEREN LA EDAD DE TERMINO PARA SU HACERSE SU PAPANICOLAOU.

POST - TEST

EDAD DE TERMINO SUGERIDO PARA HACERSE EL PAPANICOLAOU	PROPORCIÓN DE MUJERES QUE SUGIEREN HASTA QUE EDAD DEBEN HACERSE SU PAPANICOLAOU	
	Nº	%
De 30 a 45 años	12	15.0
De 46 a 65 años	15	18.8
Desconocen	53	66.2
Total	80	100 %

INTERPRETACIÓN

En relación a la edad de la mujer que sugieren para terminar en hacerse su Papanicolaou, se observa que en su MAYORIA con el 66.2 % (53) desconocen el tema.

Mientras que en su MINORIA con el 15 % (12) de mujeres sugieren para iniciar su Papanicolaou entre 30 a 45 años de edad.

12.- MUJERES SEGÚN GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PVH.

PRE - TEST

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PVH	PROPORCIÓN DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE SABEN LO QUE ES EL PVH	
	Nº	%
Desconoce Totalmente	72	90
Conoce limitadamente	06	7.5
Conoce ampliamente	02	2.5
Total	80	100 %

INTERPRETACIÓN

En relación al grado de conocimiento de las mujeres sobre el virus papiloma humano "PVH", en su MAYORIA con el 90 % (72) desconoce totalmente. Mientras que el 2.5 % (2) conocen ampliamente el tema.

MUJERES SEGÚN GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PVH.

POST- TEST

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PVH	PROPORCIÓN DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE SABEN LO QUE ES EL PVH	
	Nº	%
Desconoce Totalmente	-	-
Conoce limitadamente	09	11.3
Conoce ampliamente	71	88.7
Total	80	100 %

INTERPRETACIÓN

En relación al grado de conocimiento de las mujeres sobre el virus papiloma humano " PVH ", en su MAYORIA con el 88.7 % (71) conoce ampliamente. Mientras que el 11.3 % (09) de mujeres conocen limitadamente sobre el virus.

13.- MUJERES SEGÚN GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL CACU.

PRE - TEST

GRADO DE CONOCIMIENTO DE MUJERES QUE CONOCEN LOS FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER CERVICAL.	PROPORCION DE MUJERES QUE CONOCEN LOS FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO PARA ENFERMARSE DEL CÁNCER DE CERVIX
--	--

	Nº	%
Desconocen totalmente.	55	68.7
Conoce limitadamente	23	28.7
Conoce ampliamente.	02	2.5
TOTAL	80	100 %

INTERPRETACIÓN

En relación al grado de conocimiento de mujeres que conocen los factores de riesgo del cáncer cervical, se observa que la MAYORÍA CON el 68.7 % (55) de mujeres desconocen totalmente. Mientras que en su MINORÍA con el 2.5 % (02) de mujeres conocen ampliamente.

MUJERES SEGÚN GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL CACU.

POST TEST

GRADO DE CONOCIMIENTO DE MUJERES QUE CONOCEN LOS FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER CERVICAL.	PROPORCION DE MUJERES QUE CONOCEN LOS FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO PARA ENFERMARSE DEL CÁNCER DE CERVIX	
	Nº	%
Desconocen totalmente.	-	-
Conoce limitadamente	14	17.5
Conoce ampliamente.	66	82.5
TOTAL	80	100

INTERPRETACIÓN

En relación al grado de conocimiento de mujeres que conocen los factores de riesgo del cáncer cervical, se observa que la MAYORÍA CON el 82.5 % (66) de mujeres conocen ampliamente el tema, existiendo un aumento significativo. Mientras que en su MINORÍA con el 17.5 % (14) de mujeres conocen limitadamente el tema, que también disminuyó favorablemente.

14.- MUJERES SEGÚN NIVEL DE SUGERENCIA PARA QUE LAS MUJERES Y LAS FAMILIAS SE PREVENGAN DEL CACU.

PRE - TEST

NIVEL DE SUGERENCIAS PARA QUE LAS MUJERES Y LAS FAMILIAS SE PREVENGAN DEL CACU	PROPORCIÓN DE MUJERES QUE SUGIEREN PARA QUE LAS DEMÁS MUJERES Y FAMILIAS SE PREVENGAN DEL CACU	
	Nº	%
No sugiere	46	57.5
Sugiere hacerse su Papanicolaou	34	42.5
Total	80	100 %

ITERPRETACIÓN

En relación al nivel de sugerencia que tienen las mujeres en edad fértil, para que las demás mujeres y familias se prevengan del cáncer de cuello uterino, se observa que MAYORITARIAMENTE con el 57.5 % (46) no sugieren.

Mientras que MINORITARIAMENTE con el 42.5 % (34) sugieren a otras a hacerse su Papanicolaou.

MUJERES SEGÚN NIVEL DE SUGERENCIA PARA QUE LAS MUJERES Y LAS FAMILIAS SE PREVENGAN DEL CACU.

POST - TEST

NIVEL DE SUGERENCIAS PARA QUE LAS MUJERES Y LAS FAMILIAS SE PREVENGAN DEL CACU	PROPORCIÓN DE MUJERES QUE SUGIEREN PARA QUE LAS DEMÁS MUJERES Y FAMILIAS SE PREVENGAN DEL CACU	
	Nº	%
No sugiere	14	17.5
Sugiere hacerse su Papanicolaou	66	82.5
Total	80	100 %

INTERPRETACIÓN

En relación al nivel de sugerencia que tienen las mujeres en edad fértil, para que las demás mujeres y familias se prevengan del cáncer de cuello uterino, se observa que MAYORITARIAMENTE con el 82.5 % (66) sugieren hacerse su Papanicolaou.

Mientras que MINORITARIAMENTE con el 17.5 % (14) no sugieren a otras a hacerse su Papanicolaou.

ENTREVISTA A FAMILIARES.

1.- FAMILIA SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.

PRE- TEST

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	PROPORCIÓN DE FAMILIAS CON CONOCIMIENTO DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	
	Nº	%
Sin conocimiento	38	47.0
Con conocimiento escaso	41	51.0
Con buen conocimiento	02	2.0
TOTAL	80	100 %

INTERPRETACIÓN

En relación al nivel de conocimiento de la prueba de Papanicolaou de la familia en su MAYORIA con 51.0 % (41) tiene conocimiento escaso del tema. Mientras que en su MINORIA con el 2.0 % (2) tiene buen conocimiento, situación que debe mejorar.

FAMILIA SEGÚN CONOCIMIENTO DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

POST - TEST

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	PROPORCIÓN DE FAMILIAS CON CONOCIMIENTO DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	
	Nº	%
Sin conocimiento	-	-
Con conocimiento escaso	16	20.0
Con buen conocimiento	64	80.0
TOTAL	80	100 %

INTERPRETACIÓN

En el post test relacionado al nivel de conocimiento de la prueba de Papanicolaou de la familia, en su MAYORIA con el 80 % (64) tiene buen conocimiento del tema. Mientras que en su MINORIA con el 20.0 % (16) tiene conocimiento escaso, situación que mejoró significativamente.

2.- FAMILIAS SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA FRECUENCIA QUE SE REALIZA EL PAPANICOLAOU.

PRE - TEST

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA FRECUENCIA QUE SE REALIZA EL PAPANICOLAOU	PROPORCIÓN DE FAMILIAS CON CONOCIMIENTO DE LA FRECUENCIA QUE SE REALIZA EL PAPANICOLAOU	
	N°	%
Sin conocimiento	60	75
Con conocimiento	20	25
TOTAL	80	100

INTERPRETACIÓN

En relación al nivel de conocimiento de la frecuencia de la prueba de Papanicolaou de la familia en su MAYORIA con el 75.0 % (60)no tiene conocimiento del tema. Mientras que en su MINORIA con el 25.0% (20) tiene buen conocimiento, situación que debe mejorar

FAMILIAS SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA FRECUENCIA QUE SE REALIZA EL PAPANICOLAOU.

POST - TEST

NIVEL DE	PROPORCIÓN DE FAMILIAS CON CONOCIMIENTO
----------	---

CONOCIMIENTO DE LA FRECUENCIA QUE SE REALIZA EL PAPANICOLAOU	DE LA FRECUENCIA QUE SE REALIZA EL PAPANICOLAOU	
	N°	%
Sin conocimiento	12	15.0
Con conocimiento	68	85.0
TOTAL	80	100 %

INTERPRETACIÓN

En relación al nivel de conocimiento de la frecuencia de la prueba de Papanicolaou de la familia en su MAYORÍA con el 85.0 % (68) tiene conocimiento del tema. Mientras que en su MINORÍA con el 15.0% (12) no tiene conocimiento, situación que mejoró.

3.- FAMILIAS QUE TUVIERON OPORTUNIDAD DE OPINAR EN EL CONSULTORIO

PRE - TEST

OPORTUNIDAD DE FAMILIAS QUE TUVIERON OPINIÓN EN EL CONSULTORIO	PROPORCIÓN DE FAMILIAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL	
	N°	%
Si	46	57.5
No	34	42.5

TOTAL	80	100 %
-------	----	-------

INTERPRETACIÓN

En relación a la oportunidad de las familias que opinaron en el consultorio, se observó en su MAYORIA con el 57.5 % (46) tuvieron la oportunidad de opinar. Mientras que la MINORIA con el 42.5 % (34) no tuvieron la oportunidad de opinar, situación para mejorar.

4.- PRE - TEST

GRADO DE CONOCIMIENTO DE FAMILIAR QUE PADECIÓ DEL CACU Y CONOCE LA CAUSA	PROPORCIÓN DE FAMILIAS QUE HAYAN PADECIDO DE CACU Y CONOCE LA CAUSA	
	Nº	%
Ningún caso de familia	78	97.5
Uno o más casos, conoce la causa	01	1.25
Uno o más casos y desconoce la causa	01	1.25
TOTAL	80	100.0

INTERPRETACIÓN

En relación al grado de conocimiento del familiar que padeció cáncer de cuello uterino, y conoce la causa, se observa en su MAYORIA con el 97.5 % (78) sin caso de cáncer cervical, pero hubo 1 caso que conoce la causa y 1 caso que desconoce la causa del cáncer cervical con el 1.25 % respectivamente.

PRE - TEST

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA EN PREVENCIÓN DEL CACU	PROPORCIÓN DE FAMILIAS QUE CONOCEN LA PREVENCIÓN DEL CACU	
	N°	%
Desconocen	38	47.0
Conocen regularmente	41	51.0
Buen conocimiento	02	2.0
TOTAL	80	100 %

INTERPRETACIÓN

En relación al nivel de conocimiento de la familia en prevención del cáncer de cuello uterino se observa MAYORITARIAMENTE con el 51 % (41) conocen regularmente el tema. Mientras que MINORITARIAMENTE con el 2.0 % (2) de familias tienen buen conocimiento del tema

POST - TEST

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA EN PREVENCIÓN DEL CACU	PROPORCIÓN DE FAMILIAS QUE CONOCEN LA PREVENCIÓN DEL CACU	
	N°	%
Desconocen	-	-
Conocen regularmente	11	13.8
Buen conocimiento	69	86.2
TOTAL	80	100

INTERPRETACIÓN

En relación al nivel de conocimiento de la familia en prevención del cáncer de cuello uterino se observa MAYORITARIAMENTE con el 86.2 % (69) de familias tienen buen conocimiento del tema, siendo muy significativo el avance. Mientras que MINORITARIAMENTE con el 13.8 % (11) de familias tienen conocimiento regular del tema.

PRE - TEST

MEDIO DE APOYO DEL PERSONAL DE SALUD A FAMILIAS PARA EVITAR EL CACU.	PROPORCIÓN DE FAMILIAS QUE DICEN SER APOYADOS POR PERSONAL DE SALUD PARA EVITAR EL CACU.	
	N°	%
Ningún apoyo	08	10.0
Con sesiones educativas	56	70.0
Con visitas al hogar	04	5.0
Con mensaje televisivo	02	2.5
Indicándole que acuda a la consulta	02	2.5
Entrega folletos u otro material educativo	08	10.0
TOTAL	80	100

INTERPRETACIÓN

Con relación a los medios de apoyo a las familias para evitar el cáncer de cuello uterino, se observa que MAYORITARIAMENTE con el 70.0 % (56) reciben sesiones educativas. Mientras que MINORITARIAMENTE con el 2.5 % (02) reciben apoyo con mensajes televisivos o indicándole que acude a la consulta al establecimiento de salud.

PRE - TEST

NIVEL DE PREPARACIÓN DE FAMILIAS PARA EVITAR CONTAGIO PVH-	PROPORCIÓN DE FAMILIAS PREPARADOS PARA EVITAR EL CONTAGIO DEL PVH.	
	N°	%
Desconocen / sin preparación	34	42.5
Con poca preparación	42	52.5
Con buena preparación	04	5.0
TOTAL	80	100

INTERPRETACIÓN

En relación al nivel de preparación de la familia para evitar el contagio del virus papiloma humano. se observa MAYORITARIAMENTE con el 52.5 % (42) tienen poca preparación del tema. Mientras que MINORITARIAMENTE con el 5.0 % (04) de familias tienen buena preparación en el tema.

POST - TEST

NIVEL DE PREPARACIÓN DE FAMILIAS PARA EVITAR CONTAGIO PVH-	PROPORCIÓN DE FAMILIAS PREPARADOS PARA EVITAR EL CONTAGIO DEL PVH.	
	N°	%
Desconocen / sin preparación	-	-
Con poca preparación	16	20.0
Con buena preparación	64	80.0
TOTAL	80	100

INTERPRETACIÓN

En relación al nivel de preparación de la familia para evitar el contagio del virus papiloma humano. Se observa MAYORITARIAMENTE con el 80.0 % (64) de familias tienen buena preparación del tema. Mientras que MINORITARIAMENTE con el 20.0 % (16) de familias tienen poca preparación en el tema, por lo que el aumento es significativo.

4.2 RESULTADOS INFERENCIALES.

Se observa que la edad promedio de la muestra está entre los 30 a 50 años de edad, siendo en su mayoría con estudios secundarios.

También se observa entre los factores de riesgo para enfermar de cáncer cervical son: De muy significativo con el 35 % que tuvieron de 3 a más compañeros sexuales, iniciando su relación sexual a edad muy temprana con el 70 % entre 10 a 17 años. Por otro lado las mujeres con 1 a 2 hijos presentaron el 20 % de ellas casos de abortos.

En cuanto al nivel educativo se observa en el post test una mejora con el 85 % que conocen y describen el procedimiento del Papanicolaou.

De otro lado el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil, en prevención del cáncer de cuello uterino pasó del 15 al 76 % con buen conocimiento.

De igual forma el grado de conocimiento de las mujeres en edad fértil sobre el virus papiloma humano pasó del 2.5 al 88.7 %, que representa un gran avance.

Además el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil, sobre los factores de riesgo del cáncer cervical pasó del 2.5 % al 82.5 % debido a las indicadas acciones educativas.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El abordaje del presente estudio partió de la necesidad de que las mujeres en edad fértil y su familia sean capaces asumir una actitud consciente hacia ese problema de salud pública, que en la actualidad se encuentra un alto porcentaje de mujeres que no acuden a su correspondiente toma de muestra citológica de Papanicolaou, según norma del Ministerio de Salud del Perú.

En el Perú las actividades de consejería forman parte del paquete del paquete de atención integral de la salud de la mujer, por lo que contiene un conjunto de actividades, que para desarrollarlos necesita de una implementación con material educativo acorde a nuestra realidad regional.

Por su parte Vela Pareja señala que la consejería eleva el nivel de preparación psicológica y participativa de la familia, para ello es de vital importancia que el personal de salud tenga en cuenta los pasos de una consejería básica:

Orientación y consejería: Modelo de los cinco pasos.

- Primer paso: Establecer una relación cordial
- Segundo paso: Identificar las necesidades de la usuaria
- Tercer paso: Responder a las necesidades de la usuaria
- Cuarto paso : Verificar la comprensión de la usuaria
- Quinto paso: Mantener la relación cordial

Estos mismos pasos que pueden aplicarse tanto en la atención intramural o extramural,

Sin embargo que por razones de exigencias en la productividad, asignación de trabajo administrativo así como el poco apoyo gerencial al personal asistencial, conlleva a una parcial aplicación de los pasos ya mencionados, haciendo una prestación de servicios relativamente incompleto.

CONCLUSIONES

- El cáncer de cuello uterino se ha convertido en una entidad patológica de importancia como causa de muerte a nivel mundial en las mujeres en edad fértil, lo que se ha evidenciado en el análisis de los antecedentes históricos de esta investigación.
- Los presupuestos teóricos sistematizados y asumidos en esta investigación refuerzan que el cáncer de cuello uterino tiene una repercusión en la calidad de vida de la mujer fértil, por lo que se hace necesario asumir conductas responsables relacionadas con la educación en la prevención de esta enfermedad..
- Los resultados identificados en la caracterización de la educación en prevención realizados en mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud San Fernando de Manantay demostraron que existen deficiencias en la educación de las mismas para modificar su comportamiento con respecto al cáncer de cuello uterino.
- El aporte de esta investigación permite aportar diferentes acciones para la educación de la mujer y su familia en la toma de medidas para prevenir el cáncer de cuello uterino, y propiciar la modificación gradual de sus modos de actuación a partir de que incorporen las acciones implementadas.

- Los resultados emanados de la aplicación de las acciones educativas demuestran la factibilidad de las mismas ya que las actividades realizadas permitirán la modificación gradual de las prácticas y actitudes de las mujeres en edad fértil con respecto a la enfermedad.

SUGERENCIAS

Una vez concluida esta investigación se ofrecen las siguientes sugerencias:

- Continuar fortaleciendo la educación en prevención en la población femenina con respecto al cáncer de cuello uterino.
- Posibilitar la presentación de los resultados de esta investigación en eventos de corte científico o promocional.
- Aplicar un trato más humano y personalizado según normas de Ministerio de Salud, en la consejería en prevención del cáncer cervical, lo que contribuirá en un incremento en la asistencia de mujeres solicitando la toma de muestra citológica de Papanicolaou.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores; de Enero a Marzo del año 2011 Autor: Palma Flores, Jenny Elizabeth Asesora: Mg. Salazar Salvatierra, Emma, Felicia.Lima-Perú 2011.

- 2.- Universidad Católica Andrés Bello : Venezuela Trabajo de grado Campaña informativa de apoyo general para pacientes femeninas con cáncer de mama Tutora: Montes de Oca, Acianela Tesisistas: Acuña, Xiomara Osechas, Karina Venezuela Caracas, septiembre de 2006.

- 3.- Aldana, Celia (publicado 2004; consultado 2006, marzo) Presentación sobre políticas de comunicación en salud. [En red]. Disponible en: http://www.calandria.org.pe/comunicacion_desarrollo/salud5a.htm

- 4.- Alfaro, R. Proyecto Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales de Comunicación en Salud. [Publicado 2004; consultado 2005, noviembre). Desencuentros Comunicativos en Salud. [En red]. Disponible en: <http://www.cominit.com/la/imaged/IDesencuentros.pdf/>

- 5.- Declaración de Yakarta sobre la promoción de salud en el siglo XXI (publicado 1997; consultado 2006, marzo). En Ministerio de sanidad y consumo de Madrid. <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/y>

- 6.- Universidad De Oriente Núcleo Bolívar : Escuela De Ciencias De La Salud "Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta" Influencia de un programa educativo en el conocimiento de los adolescentes sobre el VPH e. t. s. "Dr. Francisco Vitanza". febrero-abril 2010. Tutor (a): Trabajo de grado presentado por: MSc. Fernández, Magdelia Br. D'Arcangelo Campos, Bianca Ysabel Br. Lobatón Aponte, Pablo Daniel Ciudad Bolívar, Octubre de 2010.

7.- Colombia: Instituto Nacional de Cancerología. Anuario estadístico. Disponible en: <http://www.incancerologia.gov.co>. [Fecha de acceso: 16 de agosto de 2008].

8.- Lucía Stella Tamayo A., Ma. Guadalupe Chávez M. y Liliana María Henao F. Cáncer de cuello uterino: Más allá de lo que es la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008.

9.- Tesis de graduación: Título de Lic en Enfermería: Univ Nacional Ucayali "UNU" "Factores que predisponen en la incidencia del cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden al Hospital Regional de Pucallpa 2004. Autora . Dinelda Díaz y col.

10.- ACCP (Alianza Para la Prevención del Cáncer Cérvico-uterino). Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cérvico-uterino: manual para gestores. ACCP 2004. Disponible en <http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-accp-manual.htm>.

11.- OMS (Organización Mundial de la Salud). Control integral del cáncer cervicouterino Guía de prácticas esenciales 2006. Disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/cervical_cancer_gep/index.html

12.- Textos KOZIER, B. ERB, G. y BLAIS, K. (1995) Conceptos, temas en las prácticas de Enfermería. Segunda edición. 25 de junio de 2001.

13.- HURTADO DE BARRERA, J. Metodología de la Investigación Holística. Sypal, Caracas, 2000.

14.- BLAC. B (1994). Ginecología. Segunda edición. Moby Dogma. Barcelona – España. SABINO, C. El Proceso de la Investigación. Editorial: Panapo. Caracas, 2000. POLITBY HUNGLER. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ta edición 1994.

15.- Tesis de Grado Torres, L. y Castillo, M. (2006). Realizaron en el hospital “Dr. Nicolás Giannini” de la población de Quiriquiri estado Monagas, un trabajo titulado “Estrategias de intervención para la prevención y control del virus deL papiloma humano en mujeres en edad fértil”.

16.- Moreno, Chacón y Chacón, (2006). Realizaron un trabajo titulado “Programa de educación para la prevención del cáncer cérvico uterino dirigido a las usuarias que acuden al ambulatorio tipo III “Dr. José Antonio Serres” de la comunidad de la Cocuizas, Maturín Estado Monagas.

17.- Rojas, P. (2004), Realizo un trabajo titulado “Asociación entre la infección por VPH y la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) en usuarias atendidas en la consulta ginecológica del Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar de Maturín Estado Monagas.

18.- Astudillo L. (2005), realizo una investigación en el ambulatorio tipo II de Sabana Grande en Maturín estado Monagas, titulada “Medidas para prevenir el cáncer de cérvico uterino” .

19.- Rivas, E. (2006). Trabajo titulado “Factores que inciden en el cáncer de cuello uterino”, dirigido a las usuarias que asisten a la consulta de ginecología preventiva del centro materno “Concepción Marino”, ubicado en Maturín – Estado Monagas.

20.- LEAL D. RODRIGUEZ, A. y SANTOS F. (2000) Programa educativo para la prevención del cáncer cérvico uterino dirigido a las usuarias de un Ambulatorio Urbano Tipo I, Estado Carabobo. Para optar al Título de Licenciado en Enfermería Escuela Experimental de Enfermería Facultad de Medicina de la UCV. Caracas.

21.- MATA, M. y MORENO y SANTOS F. (2000). Programa de educación para la salud sobre prevención de VPH, dirigido a los adolescentes masculinos de una Unidad Educativa del Oeste de Caracas.

22.- Álvarez S, Gledhill T (2000-2005), Carcinoma adenoescamoso del cuello uterino. Trabajo Especial de Grado para optar al título en Especialista Patológica Caracas – Venezuela.

23.- CAPOTE L. (2006) Registro central del cáncer. Programa de Oncología del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas – Venezuela. Manual de procedimientos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y Reproductiva. Tomo III. (2003) Caracas – Venezuela. INSTITUCIÓN NACIONAL DE CÁNCER DE VENEZUELA. (2003).

24.- Orta J. (2003) Programa Educativo a la Paciente con patología de cáncer de cuello uterino. Servicio de Ginecobstetricia. Para optar al título de Médico Especialista.

25.- Bastardo H, (2005) Entrevista concedida al diario La Prensa de Monagas en su intraepitelial cervical (NIC) sección Salud (Pág., 32).

26.- León Cruz G, Bosques Diego O y Silveira Pablo M: Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello. Rev. Cubana Obstet. Ginecol.2004;30(3).

27.- Neoplasia Intraepitelial Cervical: Cambios precancerosos del cerviz. 2003 Unity Health System. [citado 23 dic 2006]. Disponible en:<http://www.unityhealth.org/index.asp>

28.- Pérez Herrera M A et al: Correlación cito-histológica de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. VI Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. 1-31 marzo, 2004. [citado 23 dic 2006]. Disponible en: http://conganat.sld.cu/conferencias/conf_nogales.html

- 29.- Edward S P et al: Hormonal interaction in Gynecologic malignancies. En: Hopkins W J, Perez C A, Young R C. Principles and Practice of Gynaecology and Oncology. 3era. Edition, Lippincott. WilliamsandWilkins.2000:199-244.
- 30.- Bosch F X et al: The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J. Clin. Pathol. [serial en internet]. 2002; 55: 244-65 [citado 23 dic 2006]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/>
- 31.- Pérez Herrera N, Ceballos Quintanal J M, Prieto Escalante D: Prevalencia de intercambio de cromátidas hermanas en una población libre de exposición a agentes lastogénicos
- 32.- Micro-núcleos en exudado vaginal y linfocitos de sangre periférica de mujeres con cáncer cervicouterino. V Reunión Delegacional de Investigaciones Médicas. Monterrey. Rev. Salud Pública y Nutrición, [serial en Internet] Feb. 2001. [citado 23 dic 2006]: [aprox. 2p.]. Disponible en: http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/imss_v/index.html
- 33.- La infección por Papilomavirus. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. [serial en Internet] Marzo, 2003. [citado 23 dic 2006]: [aprox. 1p]. Disponible en: <http://www.aepcc.org/XV%20Reunion/RC-VPH.pdf>
- 34.- Papilomavirus humano y riesgo de cáncer cervical. Congresos y Eventos. Vademécum Bago. [citado 23 dic 2006]. Disponible en: <http://www.bago.com/obstere/default.asp>
- 35.- Diagnostico precoz del cáncer de cuello uterino. [monografía en Internet] El medico interactivo. Diario Electrónico de la Sanidad, 2002 [citado 23 dic 2006]. Disponible en: <http://www.meynet.com/elmedico/aula2002/tema8/c.cuello#5>
- 36.- Cáncer de cuello (Consultas): Salud Actual. [citado 23 dic 2006]. Disponible en: <http://www.saludactual.cl/>
- 37.- VPH: Los enigmas de un virus. Investigación y desarrollo. [citado 23 dic 2006]. Disponible en: <http://www.invdes.com.mx/index.cfm>

- 38.- American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2013. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2013.
- 39.- American Cancer Society. Cancer Prevention and Early Detection Facts and Figures 2010. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2010.
- 40.- American Joint Committee on Cancer. Cervix Uteri. In: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer; 2010: 395-402.
- 41.- Arbyn M, Kyrgiou M, Simoons C, et al. Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. *BMJ*. 2008;337:a1284.
- 42.- Ault KA, Future II study group. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: a combined analysis of four randomised clinical trials. *Lancet*. 2007;369(9576):1861-1868.
- 43.- Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N, et al. Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners. *N Engl J Med*. 2002; 346(15):1105-1112.
- 44.- Castellsagué X, Díaz M, Vaccarella S, et al. Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies. *Lancet Oncol*. 2011;12(11):1023-1031.
- 45.- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). FDA licensure of bivalent human papillomavirus vaccine (HPV2, Cervarix) for use in females and updated HPV vaccination recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR*. 2010;59(20):626-629. Erratum in: *MMWR*. 2010;59(36):1184.
- 46.- Del Priore G, Gudipudi DK, Montemarano N, et al. Oral diindolylmethane (DIM): pilot evaluation of a nonsurgical treatment for cervical dysplasia. *Gynecol Oncol*. 2010;116(3):464-467. Epub 2009 Nov 24.

- 47.- Eifel PJ, Berek JS, Markman, M. Cancer of the cervix, vagina, and vulva. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cáncer: Principles and Practice of Oncology* 8th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 1496-1543.
- 48.- Ghosh C, Baker JA, Moysich KB, et al. Dietary intakes of selected nutrients and food groups and risk of cervical cancer. *Nutr Cancer*. 2008;60(3):331-341.
- 49.- Gray RH, Serwadda D, Kong X, et al. Male circumcision decreases acquisition and increases clearance of high-risk human papillomavirus in HIV-negative men: a randomized trial in Rakai, Uganda. *J Infect Dis*. 2010;201(10):1455-1462.
- 50.- Grimm C, Polterauer S, Natter C, et al. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia with topical imiquimod: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012;120(1):152-159.
- 51.- Hatch EE, Herbst AL, Hoover RN, et al. Incidence of squamous neoplasia of the cervix and vagina in women exposed prenatally to diethylstilbestrol (United States). *Cancer Causes Control*. 2001;12(9):837-845.
- 52.- Hernandez BY, Wilkens LR, Zhu X, et al. Transmission of human papillomavirus in heterosexual couples. *Emerg Infect Dis*. 2008;14(6):888-894.
- 53.- Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al (eds). *SEER Cancer Statistics Review* 1975-2009 (Vintage 2009 Populations), National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2009_pops09/, based on November 2011 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2012.
- 54.- International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical cancer and reproductive factors: Collaborative reanalysis of individual data on 16,563 women with cervical carcinoma and 33,542 women without cervical carcinoma from 25 epidemiological studies. *Int J Cancer*. 2006;119:1108-1124.
- 55.- International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Appleby P, Beral V, Berrington de González A, et al. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with

cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 68.- 24
epidemiological studies. *Lancet*.2007;370(9599):1609-1621.

56. - Jhingran A, Eifel PJ, Wharton JT, et al. Neoplasms of the cervix. In: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, Bast RC, Gansler TS, Holland JF, Frei E. *Cancer Medicine* 6. Hamilton, Ontario: BC Decker; 2003. 1779-1808.

57. - Jhingran A, Russel AH, Seiden MV, et al. Cancers of the cervix, vagina and vulva. In: Abeloff MD, Armitage JO, Lichter AS, et al. *Clinical Oncology*. 4th ed. Philadelphia, Pa; Elsevier; 2008: 1745-1765.

58.- Kosary CL. Cancer of the uterine cervix. In: Ries LAG, Young JL, Keel GE, Eisner MP, Lin YD, Horner M-J (editors). *SEER Survival Monograph: Cancer Survival Among Adults: U.S. SEER Program, 1988-2001, Patient and Tumor Characteristics*. National Cancer Institute, SEER Program, NIH Pub. No. 07-6215, Bethesda, MD, 2007.

59.- Kreimer AR, González P, Katki HA, et al. Efficacy of a bivalent HPV 16/18 vaccine against anal HPV 16/18 infection among young women: a nested analysis within the Costa Rica Vaccine Trial. *Lancet Oncol*. 2011; 12(9):862-870.

60.- Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2006;367(9509):489-498.

61.- Lacey JV Jr, Swanson CA, Brinton LA, et al. Obesity as a potential risk factor for adenocarcinomas and squamous cell carcinomas of the uterine cervix. *Cancer*. 2003;98(4):814-821.

62.- Lécuru F, Mathevet P, Querleu D, et al. Bilateral negative sentinel nodes accurately predict absence of lymph node metastasis in early cervical cancer: results of the SENTICOL study. *J Clin Oncol*. 2011;29(13):1686-1691.

63.- Lu B, Wu Y, Nielson CM, et al. Factors associated with acquisition and clearance of human papillomavirus infection in a cohort of US men: a prospective study. *J Infect Dis*. 2009;199(3):362-371.

- 64.- Lutgens L, van der Zee J, Pijls-Johannesma M, et al. Combined use of hyperthermia and radiation therapy for treating locally advanced cervix carcinoma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;3:CD006377
- 65.- Massad LS, Einstein MH, Huh WK, et al. 2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors.
- 66.- *Journal of Lower Genital Tract Disease.* 2013;17(5):S1-S27.
- 67.- Monk BJ, Sill MW, Burger RA, et al. Phase II trial of bevacizumab in the treatment of persistent or recurrent squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol.* 2009;27(7):1069-1074. Epub 2009 Jan 12.
- 68.- Monk BJ, Mas Lopez L, Zarba JJ, et al. Phase II, open-label study of pazopanib or lapatinib monotherapy compared with pazopanib plus lapatinib combination therapy in patients with advanced and recurrent cervical cancer. *J Clin Oncol.* 2010;28(22):3562-3569. Epub 2010 Jul 6.
- 69.- NCCN Practice Guidelines in Oncology. Cervical Cancer Version 2.2013. Accessed at www.nccn.org on January 23, 2013.
- 70.- Nielson CM, Harris RB, Flores R, et al. Multiple-type human papillomavirus infection in male anogenital sites: prevalence and associated factors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009;18(4):1077-1083. Epub 2009 Mar 24.
71. Paavonen J, Naud P, Salmerón J, et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet.* 2009;374(9686):301-314.
- 72.- PDQ database. Cervical cancer. Bethesda, Md: National Cancer Institute;8/22/2011. Accessed at www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/cervical/healthprofessional on December 12, 2011.

- 73.- Plummer M, Herrero R, Franceschi S, et al; IARC Multi-centre CervicalCancer Study Group. Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centriccase-control study. *Cancer Causes Control*. 2003; 14(9):805-814.
- 74.- Ronco G, Cuzick J, Pierotti P, et al. Accuracy of liquid based versus conventional. cytology: overall results of new technologies for cervical cancer screening: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;335(7609):28. Epub 2007 May 21.
75. Rose PG, Ali S, Watkins E, et al. Long-term follow-up of a randomized trial comparing concurrent single agent cisplatin, cisplatin-based combination chemotherapy, orhydroxyurea during pelvic irradiation for locally advanced cervical cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol*. 2007;25(19):2804-2810.
- 76.- Saslow D, Solomon D, Lawson H, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology. Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. *CA Cancer J Clin*. 2012;62(3):147-172. Epub 2012 Mar 14.
- 77.- Saslow D, Castle PE, Cox JT, et al. American Cancer Society guideline for human papillomavirus (HPV) vaccine use to prevent cervical cancer and its precursors. *CA Cancer J Clin*. 2007;57:7-28.
- 78.- Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*.2007;370(9590):890-907.
- 79.- Schover LR. *Sexuality and Fertility After Cancer*. New York: Wiley; 2007.
- 80.- Sellors JW, Mahony JB, Kaczorowski J, et al. Prevalence and predictors of human papillomavirus infection in women in Ontario, Canada. Survey of HPV in Ontario Women (SHOW) Group. *CMAJ*. 2000;163(5):503-508.
- 81.- Shepherd JH, Spencer C, Herod J, Ind TEJ. Radical vaginal trachelectomy as a fertility-sparing procedure in women with early-stage cervical cancer—cumulative pregnancy rate in a series of 123 women. *BJOG*. 2006;113:719-723.

- 82.- Tobian AA, Serwadda D, Quinn TC, et al. Male circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infections and syphilis. *N Engl J Med.* 2009;360(13):1298-1309.
- 83.- Tokudome S, Suzuki S, Ichikawa H, et al. Condom use promotes regression of cervical intraepithelial neoplasia and clearance of human papillomavirus: a randomized clinical trial. *Int J Cancer.* 2004;112(1):164.
- 84.- Troisi R, Hatch EE, Titus-Ernstoff L, et al. Cancer risk in women prenatally exposed to diethylstilbestrol. *Int J Cancer.* 2007;121(2):356-360.
- 85.- Waggoner SE. Cervical cancer. *Lancet.* 2003;361:2217-2225. Wheeler CM, Castellsagué X, Garland SM, et al. Cross-protective efficacy of HPV-16/18.AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by non-vaccine oncogenic HPV types: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind .
- 86.- PATRICIA trial. *Lancet Oncol.* 2012;13(1):100-110. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med.* 2006;354(25):2645-2654.
- 87.- Winer RL, Lee SK, Hughes JP, et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol.* 2003;157(3):218-226. Erratum in: *Am J Epidemiol.* 2003;157(9):858.
- 88.- Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, et al; 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(4):346-355.
- 89.- Van Pachterbeke C, Bucella D, Rozenberg S, et al. Topical treatment of CIN 2+ by cidofovir: results of a phase II, double-blind, prospective, placebo-controlled study. *Gynecol Oncol.* 2009;115(1):69-74. Epub 2009 Aug 3.

- 90.- Bosch FX, Lorincz A, Muñoz M, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002; 55: 244-265.
- 91.- Lowndes CM. Vaccines for cervical cancer. *Epidemiol Infect* 2006;134(1):112.
- 92.- Ferlay J, Bray F, Pisan P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon: IARC, 2004;147.
- 93.- Bosch FX, Diaz M, De Sanjosé S, et al. Epidemiología de las infecciones por el virus del papiloma humano (HPV): riesgo de carcinoma cérvico-uterino y otros tumores ano-genitales. Nuevas opciones preventivas. En: De Sanjosé S, García AM. 4ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Virus del Papiloma Humano y Cáncer: epidemiología y prevención. Madrid: EMISA, 2006: 31-50.
- 94.- Miñarro R, Black RJ, Martínez C, Navarro C, Garau I, Izarzugaza I, et al. Cancer Incidence and Mortality in Spain- Patterns and Trends. IARC Technical Report nº 36. Lyon: IARC, 2000; 27.
- 95.- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J. Cancer Incidence in Five Continents. Vol III. IARC Scientific Publication N° 155. Lyon: IARC, 2002; 27.
- 96.- Bray F, Loos AH, McCarron P, et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14: 677-86
- 97.- De San josé S. La investigación sobre la infección por virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cuello uterino en España. En: De Sanjosé S, García AM. 4ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Virus del Papiloma Humano y Cáncer: epidemiología y prevención. Madrid: EMISA, 2006: 141-146.
- 98.- Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer* 2006; 118 (12): 3030-3044.
- 99.- Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med* 2007. 102:38.

100.- Syrjänen y Syrjänen. Papillomavirus infections in human pathology. Chichester: Wiley & Sons, 2000; 117-141.

101.- De San José S, Díaz M, Castellsagué X, Clifford G, Muñoz N, Bosch FX. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical HPV DNA in 169-341 women from general population. A meta-analysis of the international literature. 2006 (enviado para publicación).

102.- Molano M, Posso H, Weiderpass E, et al. Prevalence and determinants of HPV infection among Colombian women with normal cytology. Br J Cancer 2002; 87: 324-333.

103.- Ferreccio C, Prado RB, Luzoro AV, et al. Population-based prevalence and age distribution of human papillomavirus among women in Santiago, Chile. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2004; 13: 2271-2276.

104.- Thomas JO, Herrero R, Omigbodun AA, et al. Prevalence of papillomavirus infection in women in Ibadan, Nigeria: a population-based study. Br J Cancer 2004; 90: 638-645.

105.- Forslund O, Antonsson A, Edlund K, et al. Population-based type-specific prevalence of high-risk human papillomavirus infection in middle-aged Swedish women. J Med Virol 2002; 66: 535-541.

106.- De San José S, Almirall R, Lloveras B, et al. Cervical human papillomavirus infection in the female population in Barcelona, Spain. Sex Transm Dis 2003; 30: 788-793.

107.- Del Almo J, González C, Losana J. La infección por virus del papiloma humano en poblaciones a alto riesgo de cáncer de cuello uterino en España. En: De San José S, García AM. 4ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Virus del Papiloma Humano y Cáncer: epidemiología y prevención. Madrid: EMISA, 2006: 71-88.

- 108.- Múgica-Van Herckenrode C, Malcom AD, Coleman DV. Prevalence of human papillomavirus infection in basque Country women using slot-blot hybridization: a survey of women at low risk of developing cervical cancer. *Int J Cancer* 2012; 51 (4): 581-586.
- 109.- Font R, Pérez M, Coll C, et al. Utilización de modelos longitudinales para estimar el tiempo de regresión/progresión de la infección por VPH en una cohorte de mujeres atendidas en centros de planificación familiar en Barcelona, España. *Gac Sanit* 2004; 18(3): 148.
- 110.- Puig F, Echavarren V, Yago T, et al. Prevalence of HPV in a random sample of an urban population in the city of Zaragoza (Spain). *Prog Obstet Ginecol* 2005; 48(4): 172-178
- 111.- González C, Ortiz M, Canals J, et al. Higher prevalence of HPV infection in migrant women from Latinoamerica in Spain. *Sex Transm Infect* 2006; 82: 260-262.
- 112.- Woodman CB, Collins S, Winter H, et al. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. *Lancet* 2011; 357: 1831-1836.
- 113.- Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 2009; 189(1): 12-19.
- 114.- Clifford GM, Rana RK, Franceschi S, Smith JS, Gough G, Pimenta JM. Human papillomavirus genotype distribution in low grade cervical lesions: comparison by geographic region and with cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14(5): 1157-1164.
- 115.- Franco EL, Rohan TE, Villa LL. Epidemiologic evidence and human papillomavirus infection as a necessary cause of cervical cancer. *J Natl Cancer Inst* 2002; 06: 506-511.
- 116.- Castellsague X, Muñoz N. Chapter 3: Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis-role of parity, oral contraceptives and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003; (31): 20-28.
- 117.- Castellsague X, Díaz M, De San José S, et al. The worldwide human papillomavirus etiology of cervical adenocarcinoma and its cofactors: implications for screening and prevention. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98 (5): 303-315.

- 118.- IARC Technical reports N3. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon: IARC Press,2004.
- 119.- Anttila T, Saikku P, Koskela P, et al. Serotypes of Chlamydia trachomatis and risk of development of cervical squamous cell carcinoma. J Am Med Assoc 2001; 285:47-51.
- 120.- Smith JS, Muñoz N, HerreroR, et al. Evidence for Chlamydia Trachomatis as a human papillomavirus cofactor in etiology of invasive cervical cancer in Brazil and the Philippines. J Infect Dis 2002; 185: 324-331.
- 121.- Lehtinen M, Koskela P, Jellum E, et al. Herpes simplex virus and risk for cervical cancer: a longitudinal nested case-control study in the Nordic countries. Am J Epidemiol 2002; 156: 687-692.
- 122.- Franco EL, Harper DM. Vaccination against human papillomavirus infection: a new paradigm in cervical cancer control. Vaccine 2005; 23: 2388-2394.
- 123.- Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent HPV infection, external genital warts or cervical neoplasia? A meta-analisis. Sex Transm Dis 2002; 29: 725.
- 124.- Castellsague X, Bosch FX, Muñoz N, et al. Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners. N Engl J Med 2002; 346 (15): 1105-1112.
- 125.- Trimble CL, Hildesheim A, Brinton LA, Shah KV, Kurman RJ. Heterogeneous etiology of squamous carcinoma of the vulva. Obstet Gynecol 2006;
- 126.- Ishi K, Suzuki F, Saito A, Kubota T. Infect Prevalence of HPV, Chlamydia Trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in commercial sex workwers in Japan. Infect Dis Obstet Gynecol 2000; 8: 235-239.
- 127.- Juarez LA, Wheeler CM, Uribe –Salas FJ, et al. HPV: a hihgly prevalent sexually transmitted disease agent among female sex workers from Mejico City. Sex Transm Dis 2001; 28(3): 125-130.
- 128.- Touzé A, De San José S, Coursaget P, et al. Prevalence of antihuman papillomavirus type 16, 18, 31 and 58 virus-like particles in women in the general population in prostitutes. J Clin Microb 2001; 39(12): 4344-4348.
- 129.- De San José S, Valls I, Paz M, et al. HPV and human immunodeficiency virus infections as risk factors for cervix cancer in women prisioners. Med Clin (Barc) 2000; 115: 81-84.
- 130.- Hemminki K, Dong C, Vaittinen P. Familiar risks in cervical cancer: is there a hereditary component? Int G Cancer 2001; 82: 775-781.

- 131.- Ahdieh L, Klein RS ,Burk R, et al. Prevalence, incidence and type-specific persistence of HPV in HIV-positive and HIV-negative women. *J Infect Dis* 2001; 184: 682-690.
- 132.- De Williers EM, Fauquet C, Broker TR, et al. Classification of papillomaviruses. *Virology* 2004; 324: 17-27.
- 133.- Stanley MA. HPV vaccines: prospects for eradicating cervical cancer. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004; 30(4): 213-215.
- 134.- Ortiz M, Torres M, García A. Determinación del virus del papiloma humano (VPH): aspectos técnicos. En: De Sanjosé S, García AM. 4ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. *Virus del Papiloma Humano y Cáncer: epidemiología y prevención*. Madrid: EMISA, 2006: 89-106.
- 135.- Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *Natl Cancer Inst* 2005; 87: 796-802.
136. - Stanley MA. Human papillomavirus vaccines. *Rev Med Virol* 2006; 16: 139-149.
- 137.- Muñoz N, Bosch FX, De San José S, et al. International agency for research on cancer multicenter cervical cancer study group. Epidemiologic classification of HPV types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003; 348: 518-527.
- 138.- Stanley MA. Immune responses to HPV. *Vaccine* 2006; 1: 16-22.
- 159.- Stanley MA. Virus-keratinocyte interactions in the infectious cycle. En: Stern PL, Stanley MA. *HPV and cervical cancer*. Oxford: Oxford University Press, 1994; 116-131.
- 160.- Oriel JD. Natural History of genital warts. *BR J Vener Dis* 1971; 47: 1-13.
- 161.- Frazer IH, Cox JT, Mayeaux EJ, et al. Advances in Prevention of Cervical Cancer and Other Human Papillomavirus-Related Diseases. *Pediatrics Infect Dis J* 2006; 25: S65-S81.
- 162.- Chow LT, Broker TR. Mechanisms and regulation of papillomavirus DNA replication. En: Saveria Campo MS , editor. *Papillomavirus research from natural history to vaccines and beyond*. Norwich: Caister Academic Press, 2005; 53-71.
- 163.- Padilla-Paz LA. Human Papillomavirus Vaccine: History, Immunology, Current Status, and Future Prospects. *Clin Obstet and Gynecol* 2005; 48 (1): 226-240.

- 163.- Efgren K, Kalantari M, Moberger B, Hahmar B, Dillner J. A population-based five-year follow-up study of cervical HPV infection. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 561-567.
- 164.- Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virol* 2005; 32 (1): S16-S24.
- 165.- Khan MJ. The elevated 10-year risk of cervical precancer and cancer in women with HPV type 16 or 18 and the possible utility of type specific HPV testing in clinical practice. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97: 1072-1079.
- 166.- Castle PE, Solomon D, Schiffman M, Wheeler CM. HPV type 16 infections and 2-year absolute risk of cervical precancer in women with equivocal or mild cytologic abnormalities. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97(14): 1066-1071.
- 167.- Kjaer SK, Van der Brule AJ, Paull G, et al. Type specific persistence of high risk HPV as indicator of high grade cervical squamous intraepithelial lesions in young women: population based prospective follow up study. *BMJ* 2002; 325: 572.
- 168.- IARC Working Group on evaluation of cervical cancer screening programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 293: 659-664.
- 169.- Martin-Hirsch PL, Koliopoulos G, Paraskevaidis E. Is it now time to evaluate the true accuracy of cervical cytology screening? A review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol* 2002; 23: 363-365.
- 170.- Grupo de cáncer de cuello uterino. González Merlo J, Abad L, Balagueró L, et al. En: Documentos de consenso de la SEGO. Madrid: Editorial Meditext, 1997: 115-130.
- 171.- Krane JF, Granter SR, Trask CE, Hogan CL, Lee KR. Papanicolaou smear sensitivity for the detection of adenocarcinoma of the cervix: a study of 49 cases. *Cancer* 2001; 93 (1): 8-15.
- 172.- De San José S, Alejo M, Combalia N, et al. Historia del cribado en mujeres con cáncer infiltrante de cuello uterino. *Gaceta Sanitaria* 2006; 20 (2): 166-170.
- 173.- Gálvez IM, González J, Lubián M. Cribado de cáncer de cérvix. A quién y cuándo. *Atención primaria* 1998; 21: 234-239.
- 174.- Puig-Tintoré LM, De San José S, Méndez C, et al. Prevención secundaria: situación actual del cribado del cáncer de cuello uterino en España. En: De San José S, García AM. 4ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Virus del Papiloma Humano y Cáncer: epidemiología y prevención. Madrid: EMISA, 2006: 131-140.

- 175.- Bolick DR, Hellman DJ. Laboratory implementation and efficacy assessment of the ThinPrep cervical cancer screening system. *Acta Cytologica* 1998; 42 (1): 209-213.
- 176.- HPV Today (versión española) Nº 7. HPV en 100 diapositivas. Madrid: Bypass Comunicación en salud, S. L. 2005; Octubre: 13. (<http://www.hpvtoday.com>).
- 177.- Cox, Salomón, et al. ALTS followup. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 1406-1410.
- 178.- Ponce J. Cribado del cáncer de cuello uterino. En: Cabero LI, Iglesias X, Balagueró LI, Xercavins J. XII Curso intensivo de formación continuada. *Ginecología Oncológica*. Madrid: Ediciones Ergón, S. A. 2005; 35-42.
- 179.- Puig-Tintoré LM, Cortés J, Castellsague X, et al. Prevención del cáncer de cuello uterino ante la vacunación frente al virus del papiloma humano. *Prog Obstet Ginecol* 2006; 49 (2): 5-62.
- 180.- Bosch FX, de Sanjosé S. Epidemiología de las infecciones por el virus del papiloma humano (VPH) y sus asociadas. En: Cabero LI, Iglesias X, Balagueró LI, Xercavins J. XII Curso intensivo de formación continuada. *Ginecología Oncológica*. Madrid: Ediciones Ergón, S. A. 2005; 7-14.
- 181.- Ponce J, Vilata JJ. Infección por el virus del papiloma humano (VPH). Consejo multidisciplinar del Foro VPH. *Prog Obstet Ginecol* 2001; 44: 289-323.
- 182.- Castellsagué X, Albero G, Martí D, et al. Prevención primaria: vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH) para la prevención del cáncer de cuello uterino. En: De Sanjosé S, García AM. 4ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. *Virus del Papiloma Humano y Cáncer: epidemiología y prevención*. Madrid: EMISA, 2006: 107-130.
- 183.- Zhou J, Sun XY, Stenzel DJ, Frazer IH. Expression of vaccinia recombinant HPV 16 L1 and L2 ORF proteins in epithelial cells is sufficient for assembly of HPV virion-like particles. *Virology* 1991; 185 (1): 251-257.
- 184.- Schiller JT, Lowy DR. Papillomavirus-like particles and HPV vaccine development. *Semin Cancer Biol* 1996; 7 (6): 373-382.
- 185.- Xercavins J, Gil A, Centeno C. Virus y cáncer genital. En: Cabero LI, Iglesias X, Balagueró LI, Xercavins J. IX Curso intensivo de formación continuada. *Ginecología Oncológica*. Madrid: Ediciones Ergón S. A. 2002; 9-16.
- 186.- Billich A. HPV vaccine MedImmune/GlaxoSmithKline. *Current Opinión in Investigational Drugs* 2003; 4 (2): 210-213.

- 187.- Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM, et al. A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. *N Engl J Med* 2002; 347: 1645-1651.
- 188.- Lehtinen M, Paavonen J. Vaccination against human papillomaviruses shows great promise. *Lancet* 2004; 364: 1731-1732
- 189.- Schiller JT, Davies P. Delivering on the promise: HPV vaccines and cervical cancer. *Nat Rev Microbiol* 2004; 2: 343-347.
- 190.- Villa LL, Costa RL, Petta CA, et al Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (Types 6, 11, 16, and 18) virus-like particle vaccine in young women: a randomized double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol* 2005; 6: 271-278
- 191.- Lowy DR, Schiller JT. Prophylactic human papillomavirus vaccines. *J Clin Invest* 2006; 116 (5): 1167-1173.
- 192.- Kirnbauer R, Chandrachud LM, O'Neil BW, et al. Virus-like particles of bovine papillomavirus type 4 in prophylactic and therapeutic immunization. *Virology* 1996; 219 (1): 37-44.
- 193.- Giannini SL, Hanon E, Moris P, et al. Enhanced humoral and memory B cellular immunity using HPV 16/18 L1 VLP vaccine formulated with the MPL/aluminium salt combination (AS04) compared to aluminium salt only. *Vaccine* 2006; 24: 5937-5949.
- 194.- Taff J. Overview: Vaccines against human papilloma viruses. *Current Opinion in Investigational Drugs* 2006; 7 (8): 699-701.
- 195.- Shaw AR. Human papillomavirus vaccines in development: If they're successful in clinical trials, how will they be implemented? *Gynecol Oncol* 2005; 99: S246-S248.
- 196.- Harper DM, Franco EL, Wheeler C, Ferris DG, Jenkins D, Schuind A, et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomized controlled trial. *Lancet* 2004; 364 (9447): 1757-1765
- 197.- Steinbrook R. The Potential of Human Papillomavirus Vaccines. *N Engl J Med* 2006; (354): 1109-1112.
- 198.- Harper DM, Franco EL, Wheeler CM, et al. Sustained efficacy up to 4.5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. *Lancet* 2006; 367: 1247-1255.
- 199.- Taira AV, Neukermans CP, Sanders GD. Evaluating human papillomavirus vaccination programs. *Emerg Infect Dis* 2004; 10: 1915-11923.

- 200.- Emeny RT, Wheeler CM, Jansen KU, Hunt WC, Fu TM, Smith JF, et al. Priming of human papillomavirus type 11-specific humoral and cellular immune responses in college-aged women with a virus-like particle vaccine. *J Virol* 2002; 76 (15): 7832-7842.
- 201.- Nardelli-Haefliger D. Specific antibody levels at the cervix during the menstrual cycle of women vaccinated with human papillomavirus 16 virus-like particles. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95: 1128-1137.
- 202.- Fife KH, Wheeler CM, Koutsky LA, et al. Dose-ranging studies of the safety and immunogenicity of human papillomavirus Type 11 and Type 16 virus-like particle vaccines in young healthy women. *Vaccine* 2004; 22: 2943-2952.
- 203.- Orozco JJ, Carter JJ, Koutsky LA, Galloway DA. Humoral immune response recognizes a complex set of epitopes on human papillomavirus type 6 11 capsomers. *J Virol* 2005; 79: 9503-9514.
- 204.- Galloway DA. Papillomavirus vaccines in clinical trials. *Lancet Infect Dis* 2003; 183: 561-567.
- 205.- Ohlschlager P, Osen W, Dell K, et al. Human papillomavirus type 16 L1 capsomeres induce L1 specific cytotoxic CTL lymphocytes and tumour regression in C57BL/6 mice. *J Virol* 2003; 77: 4635-4645.
- 206.- Ho GY, Studentsov YY, Bierman R, Burk RD. Natural history of human papillomavirus type 16 virus-like particle antibodies in young women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004; 13: 110-116.
- 207.- Dubin G, Colau B, Zahaf T, Quint W, Martin M, Jenkins D. Cross-Protection against persistent HPV infection, abnormal cytology and CIN associated with HPV-16 and 18 related HPV types by a HPV 16/18 L1 virus-like particle vaccine. Abstract 22^o International Papillomavirus Conference and Clinical Workshop, 30 abril-6 de mayo 2005- Vancouver, Canadá.
- 208.- Muñoz N, Bosch FX, Castellsague X, et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen?. The international perspective. *Int J Cancer* 2004; 111: 278-285.
- 209.- Clifford GM, Smith JS, Plummer M, et al. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2003; 88: 63-73.
- 210.- Hughes JP, Garnett GP, Koutsky L. The theoretical population-level impact of a prophylactic human papilloma virus vaccine. *Epidemiology* 2002; 13: 631-639.

- 211.- Mao C, Koutsky LA, Ault KA, et al. Efficacy of human papillomavirus-16 vaccine to prevent cervical intraepithelial neoplasia: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006; 107 (1): 18-27.
- 212.- Villa LL, Ault KA, Giuliano AR, et al. Immunologic responses following administration of a vaccine targeting human papillomavirus types 6, 11, 16 and 18. *Vaccine* 2006; 24 (27-28): 5571-5583.
- 213.- Sanders GD, Taira AV. Cost-effectiveness of a potential vaccine for human papillomavirus. *Emerg Infect Dis* 2003; 9: 37-48.
- 214.- Geijersstam V, Kibur M, Wang Z, et al. Stability over time of serum antibody levels to human papillomavirus type 16. *J Infect Dis* 1998; 177: 1710-1714.
- 215.- Paavonen J, Halttunen M, Hansson BG, Nieminen P, Rostila T, Lehtinen M. Prerequisites for human papillomavirus vaccine trial: results of feasibility studies. *J Clin Virol* 2000; 19: 25-30.
- 216.- Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. *N Engl J Med* 2005; 353: 2101-2104.
- 217.- Winer RL, Lee SK, Hughes JP, Adam DE, Kiviat NB, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol* 2003; 157: 218-226.
- 218.- Family Health International. Reproductive health of young adults. 2003. Available at: <http://www.fhi.org/training/en/modules/ADOL/s1pg15.htm>.
- 219.- Merck & Co Inc: Merck & Co's Gardasil cervical cancer vaccine available in US. Press Release 2006: June 09.
- 220.- Monsonogo J. Cervical cancer prevention: the impact of HPV vaccination. *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité* 2006; 34 (3): 189-201.
- 221.- Collins Y, Einstein MH, Gostout BS, et al Cervical cancer prevention in the era of prophylactic vaccines: a preview for gynecologic oncologists. *Gynecologic Oncology* 2006; 102 (3): 552-562.
- 222.- Pichichero ME. Prevention of cervical cancer through vaccination of adolescents. *Clinical Pediatrics* 2006; 45 (5): 393-398.
- 223.- Holcomb B, Bailey JM, Crawford K, Ruffin MT. Adults' knowledge and behaviors related to human papillomavirus infection. *J Amn Board Fam Pract* 2004; 17: 26-31.
- 224.- Mays RM, Sturm LA, Zimet GD. Parental perspectives on vaccinating children against sexually transmitted infections. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1405-1413.

- 225.- De Melo-Martin I. The promise of the human papillomavirus vaccine does not confer immunity against ethical reflection. *Oncologist* 2006; 11 (4): 393-396.
- 226.- Yang BH, Bray FI, Parkin DM, Sellors JW, Zhang ZF. Cervical cancer is a priority for prevention in different world regions: an evaluation using years of life lost. *Int J Cancer* 2004; 109: 418-424.
- 227.- Denny L. The prevention of cervical cancer in developing countries. *Intern Journal Obstetrics & Gynaecology* 2005; 112 (9): 1204-1212.
- 228.- Yuan H, Estes PA, Chen Y, et al. Immunization with a pentameric L1 fusion protein protects against papillomavirus infection. *J Virol* 2001; 75: 7848-7853.
- 229.- Balmelli C, Roden R, Potts A, Schiller J, Grandi P, Nardelli-Haefliger D. Nasal immunization of mice with human papillomavirus type 16 virus-like particles elicits neutralizing antibodies in mucosal secretions. *J Virol* 1998; 72 (10): 8220-8229.
- 230.- Sasagawa T, Tani M, Basha W, et al. A human papillomavirus type 16 vaccine by oral delivery on L1 protein. *Virus Research* 2005; 110: 81-90.
- 231.- Maclean J, Rybicki E, Williamson A. Vaccination strategies for the prevention of cervical cancer. *Expert Rev Anticancer Ther* 2005; 5 (1): 97-107.
- 232.- Adams M, Borysiewicz L, Fiander A, et al. Clinical studies of human papilloma vaccines in preinvasive and invasive cancer. *Vaccine* 2001; 19: 2549-2556.
- 233.- Peto J, Gilham C, Deacon J, et al. Cervical HPV infection and neoplasia in a large population-based prospective study: the Manchester cohort. *Br J Cancer* 2004; 91: 942-353.
- 234.- Kulasingam SL, Myers ER. Potential health and economic impact of adding a human papillomavirus vaccine to screening programs. *JAMA* 2003; 290: 781-789.
- 235.- Pagliusi SR, Aguado M. Efficacy and other milestones for human papillomavirus vaccines introduction. *Vaccine* 2004; 23: 569-578.
- 236.- Cuzick J, Szarewski A, Cubie H, et al. Management of women who test positive for high-risk types of human papillomavirus: the HART study. *Lancet* 2003; 362: 1871-1876.

- 237.- Tomson TT, Roden RBS, Wu T-C. Human papillomavirus vaccines for the prevention and treatment of human cervical cancer. *Curr Opin Investig Drugs* 2004; 5 (12): 1247-1261.
- 238.- Mahdavi A, Monk BJ. Vaccines against human papillomavirus and cervical cancer: promises and challenges. *Oncologist* 2005; 10 (7): 528-538.
- 239.- Davidson EJ, Boswell CM, Sehr P, et al. Immunological and clinical responses in women with vulval intraepithelial neoplasia vaccinated with a vaccinia virus encoding human papillomavirus 16/18 oncoproteins. *Cancer Res* 2003; 63: 6032-6041.
- 240.- Jansen KU. Vaccines against cervical cancer. *Expert Opin Biol Ther* 2004; 4 (11): 1803-1809.
- 241.- Da Silva DM, Kast WM. Vaccination against cervical cancer: hopes and realities. *Am J Cancer*. 2005; 4 (4): 207-219.
- 242.- Berzosky JA, Jeffrey DA, Janik J, et al. Progress on new vaccine strategies against chronic viral infections. *J Clin Invest* 2004; 114 (4): 450-462.
- 243.- Brinkman JA, Caffrey AS, Muderspach LI, Roman LD, Kast WM. The impact of anti HPV vaccination on cervical cancer incidence and HPV induced cervical lesions: consequences for clinical management. *Eur J Gynaecol Oncol* 2005; 26 (2): 129-142.
- 244.- Corona CM, Tinoco A, Navarro T, et al. Therapeutic vaccination with MVA E2 can eliminate precancerous lesions (CIN 1, CIN 2 and CIN 3) associated with infection by oncogenic human papillomavirus. *Human Gene Ther* 2004; 15 (5): 421-431.
- 245.- Stern PL. Recent developments in human papillomavirus vaccine. *Expert Opin Investig Drugs* 2004; 13 (8): 959-971.
- 246.- Tyczynski JE, Démaret E, Parkin DM. Standards and Guidelines for Cancer Registration in Europe. IARC Technical Publication No. 40. Lyon 2003.
- 247.- Quinn MJ, Martinez-Garcia C, Berrino F. Variations in survival from breast cancer in Europe by age and country, 1978-1989. *Eur J Cancer* 1998; 34: 2204-2211.
- 248.- Gonzalez CA, Agudo A, Argilaga S, Amiano P, Ardanaz E, Barricarte A et al. Estudio prospectivo europeo sobre dieta, cáncer y salud (EPIC) y la investigación sobre dieta y cáncer en Europa. *An Sist Sanit Navar* 2001; 24: 75-81.

- 249.- Ascunce N, del Moral A, Murillo A, Alfaro C, Apesteguia L, Ros J et al. Early detection programme for breast cancer in Navarra, Spain. *Eur J Cancer Prev* 1994; 3 (Suppl 1): 41-48.
- 250.- Elliott P, Shaddick G, Kleinschmidt I, Jolley D, Walls P, Beresford J et al. Cancer incidence near municipal solid waste incinerators in Great Britain. *Br J Cancer* 1996; 73: 702-710.
- 251.- López-Abente G, Pollán Santamaría M, Aragonés Sanz N, Pérez Gómez B, Hernández Barrera V, Berta Suárez Rodríguez et al. Plan Integral del Cáncer: Situación del cáncer en España. Ministerio de Sanidad y Consumo 2004 (en prensa).
- 252.- Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao YT, Ferlay J, Powell J. *Cancer Incidence in Five Continents*, vol 6. IARC Scientific Publications n° 120, Lyon 1992.
- 253.- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. *Cancer Incidence in Five Continents*, vol 7. IARC Scientific Publication No. 143, Lyon 1997.
- 254.- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB (Eds). *Cancer Incidence in Five Continents Vol VIII*. IARC Scientific publications No 155. Lyon 2002.
- 255.- Peris-Bonet R, Giner B, García A, Sánchez de Toledo J, Acha T. Registro Nacional de Tumores Infantiles. Estadísticas básicas 4. 1980-2001. Supervivencia 1980-1997. Universitat de Valencia. Valencia 2003.
- 256.- López-Abente G, Pollán M, Vergara A, Ardanaz E, Moreo P, Moreno C et al. Tendencia temporal de la incidencia de cáncer en Navarra y Zaragoza. *Gac Sanit* 2000; 14: 100-109.
- 257.- Spiegelhalter D, Thomas D, Best N, Gilks W. BUGS: Bayesian inference using Gibbs sampling. Version 0.50. 1996. Cambridge, MRC. Biostatistics Unit.
- 258.- Moreno V, González JR, Soler M, Bosch F, Kogevinas M, Borrás J. Estimación de la incidencia de cáncer en España: período 1993-1996. *Gac Sanit* 2001; 15: 380-388.
- 259.- Ferlay J, Bray F, Sankila R, Parkin DM. EUCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1998, version 5.0. IARC CancerBase No 4. Lyon, IARC Press 1999.
- 260.- ACOG. Cervical Cytology Screening. ACOG Practice Bulletin No. 45. ACOG 2003;102: 417427 Disponible en: http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr07-31-03-1.cfm.

- 261.- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (2007) "Virus del papiloma humano: [Información](#) sobre el VPH para los médicos"; disponible en: <http://es.scribd.com/doc/66543149/Virus-del-papiloma-humano-Informacion-sobre-elVPH-para-los-medicos>.
- 262.- Encuesta Nacional de [Demografía](#) y Salud ENDSA 2008, Ministerio de Salud y Deportes (MSD), Programa Reforma de Salud (PRS), Instituto Nacional de [Estadística](#) (INE), Programa MEASURE DHS/Macro International.
- 263.- Lizano-Soberón, Marcela y col. (2009): Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis; Unidad de [Investigación](#) Biomédica en Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto de Investigaciones Biomédicas, [UNAM](#), [México](#).
- 264.- Parkin DM (2006). «The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002». Int. J. Cancer 118 (12): pp. 3030-44.
- 265.- Saslow D, et al. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. CA Cancer J Clin 2002; 52: 342-362. Disponible en: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/52/6/342>
- 266.- USPSTF. Screening for Cervical Cancer. Enero del 2003. Disponible en: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstf/uspscerv.htm>.

ANEXOS

Anexo No 1.

ENCUESTA aplicada a las mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud San Fernando de Manantay .

INTRODUCCION.- A continuación se presenta una serie de preguntas, las cuales son para marcar con un aspa (x) dentro del paréntesis y para completar en las líneas punteadas . Sus respuestas servirán para elaborar un trabajo de investigación acerca de:

Se agradece su colaboración:

I.- DATOS GENERALES.-

Edad..... Grado instrucción.....Ocupación

Estado

civil.....Religion.....Direccion.....

.....

II .- FACTORES DE RIESGO.

A.- FACTORES BIOLÓGICOS..

1.. ¿Sufre o a sufrido alguna vez de flujos vaginales anormales (descensos) ‘

Si () No () Con qué frecuencia.

2. Si la respuesta es sí ¿Cómo son estos flujos

a.- Blanco sin color o transparente.

b.- Amarillo con mal olor que tiñe la ropa interior.

c.- No sabe.

3.- ¿ Sufre o a sufrido alguna enfermedad de transmisión sexual

Si () No () Cual de

ellas.....

4.- ¿ Usa algún método anticonceptivo.

Si () No () Cual o cuales de ellas.....Hace cuanto tiempo.....

B.- FACTORES SOCIO ECONOMICO Y CULTURALES,

5.- La casa donde vive es

a.- Propia b.- Alquilada c.- Otros

6.- Su vivienda cuenta con :

a.- Luz agua y desagüe. ()

b.-. Solo luz eléctrica. ()

c.- Solo agua potable o agua tratada de tanque elevado. ()

d.- Ninguno. ()

7.- ¿ Cuánto es su ingreso familiar mensual

promedio.....

8.- ¿ Cuantos compañeros sexuales a tenido ()

9.- ¿ A qué edad tuvo su primera relación sexual coital . ()

10.- ¿ Fuma usted .

Si () No () Conque

frecuencia.....

11.- ¿Sabe usted para qué sirve el Papanicolaou

Si () No ()

Si la respuesta es sí como se

realiza.....

12.- ¿ Cuantas veces le tomaron la muestra de

Papanicolaou.....

En qué lugar o

lugares.....

.....

13.-¿ Le informaron sobre sus resultados.

Si () No ().

Si no le informaron

¿Porqué.....

.....

14.- Si no se hizo nunca la toma de muestra de Papanicolaou. ¿Explicar porque

.....

.....

.....

15.- ¿Cada que tiempo debe hacerse el Papanicolaou.....

.....

16.- ¿A partir de qué edad deben hacerse su.....

17.- ¿Hasta qué edad deben hacerse su Papanicolaou

18.- ¿ Sabe usted lo que es el virus del papiloma humano “ PVH.....

.....

.....

19.- ¿ El virus del papiloma humano es contagioso.?

No () Si () ¿Cómo ?

.....

.....

20.- ¿ Existen factores que aumenta el riesgo, para desarrollar el cáncer de cuello uterino en mujeres ?

Si () No () ¿ Cuáles son?

.....
.....
.....

21.- ¿Qué actividades o procedimientos sugiere usted, para tener más mujeres con la toma de muestra de Papanicolaou tanto para las mujeres como para el personal de salud ? :

a.- Sugerencias para el personal de salud

.....
.....
.....

b.-Sugerencias para las mujeres y familias de la comunidad

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO # 2

INSTRUCCIONES

El cuestionario consta de dos partes:

- a) La primera parte compuesta por datos personales y nivel educativo.
- b) La segunda parte consta de un cuerpo de 19 preguntas.

Sugerencias al momento de responder la encuesta:

- a) Lea cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
- b) Marque con una equis (x) la respuesta que usted considere correcta.
- c) No firme, su información es completamente confidencial.
- d) Si tiene alguna duda en la lectura de la pregunta diríjase al investigador(a) presente.
- e) Por favor trate de aportar la mayor información posible.

Gracias

PARTE I

Datos personales

Complete con letras claras lo que se pregunta a continuación.

Edad _____

Número de hijos _____

¿A qué edad tuvo su primera regla? _____

¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____

Marque con una X y señale el grado de instrucción.

Primaria completa _____ Incompleto _____

Básica completa _____ Incompleta _____ Diversificada completa _____

Incompleta _____

Universitaria completa _____ Incompleta _____

PARTE II

Información sobre prevención del cáncer del cuello uterino

1. El cáncer de la matriz es una enfermedad:

- a) Maligna curable _____
- b) Maligna incurable _____
- c) Benigna _____
- d) Todos los anteriores _____

2. En la etapa avanzada del cáncer se presenta los siguientes síntomas:

- a) Decaimiento _____
- b) Fiebre _____
- c) Dolor pélvico _____
- d) Todas las anteriores _____

3. Una persona con cáncer en la matriz puede sentir en los genitales:

- a) Ardor _____
- b) Dolor _____
- c) Picazón _____
- d) Todas las anteriores _____

4. A nivel general una mujer con cáncer de útero puede presentar lo

4. A nivel general una mujer con cáncer de útero puede presentar los siguientes Signos:

- a) Prurito vaginal _____
- b) Pérdida de peso _____
- c) Anemia _____
- d) Todas las anteriores _____

5. Una mujer con cáncer de útero puede presentar los siguientes síntomas:

- a) Fiebre _____
- b) Escalofrío _____
- c) Dolor en las piernas _____
- d) Todas las anteriores _____

6. La citología vaginal es una prueba sencilla que ayuda a prevenir el cáncer de:

- a) Cuello Uterino _____
- b) Cáncer de Mama _____
- c) Cáncer de Próstata _____

d) Todas la anteriores _____

7. Para diagnosticar Cáncer de Cuello Uterino se utiliza:

a) Biopsia _____

b) Citología _____

c) Colposcopia _____

d) Todas las anteriores _____

8.Cuál de estos factores cree usted produce cáncer de matriz:

a) Tener relación sexual muy joven _____ b) Tener varias parejas sexuales _____

c) No tener hijos _____

d) Todas las anteriores _____

9. Otro factor que permite el desarrollo de cáncer de matriz es:

a) Infección de transmisión sexual _____

b) Mala nutrición _____

c) Tener virus del VPH _____

d) Todas las anteriores _____

10. Otros factores de riesgo que condiciona la aparición de cáncer de útero son:

a) Vejez _____

b) Diabetes _____

c) Herencia _____

d) Todas las anteriores _____

11. Otro factor que favorece la aparición de cáncer de matriz es:

a.) El uso prolongado de anticonceptivos

b.) Uso de condones

c.) No usar anticonceptivos

d.) Todas las anteriores

12. El hábito que se relaciona con el cáncer de cuello uterino es:

a) Drogo dependencia _____

b) Alcoholismo _____

c) Tabaquismo _____

d) Todas las anteriores _____

13. Cada cuanto tiempo se realiza usted la citología vaginal: a) Cada año _____

b) Cada seis meses _____

c) Cada tres meses _____

d) Después del parto _____

14. La higiene genital debe realizarse

a) Después de la menstruación _____

b) Después de la relación sexual _____

c) Después del examen citológico _____

d) todas las anteriores _____

15. El fumar cigarrillos ayuda a padecer de:

a) Cáncer de cuello uterino _____

b) Cáncer de pulmón _____

c) Cáncer de mama _____

d) todas las anteriores _____

16 ¿Cada cuánto tiempo se realiza un chequeo médico?

a) Cada tres meses _____

b) 1 vez al año _____

c) 2 veces al año _____

d) Cada seis meses _____

17 El cáncer de matriz se presenta con mayor frecuencia en:

a.) Personas de bajos recursos

b.) Personas de clase pudiente

c.) No tiene distinción de clases

d.) Todas las anteriores

18 ¿Algún familiar ha padecido de cáncer de matriz?

a.) Madre _____

b.) Hermana _____

c.) Tía _____

d.) Abuela _____

ACCIONES EDUCATIVAS APLICADO EN EL TRABAJO DE INVESTIGACION

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN "
 ESCUELA DE POST GRADO EN MAESTRIA

Programa educativo sobre la prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil que acuden al C. Salud San Fernando.

Unidad	Objetivos específicos	Contenido	Estrategias	Recursos humanos	Medios	Tiempo	Evaluación
II Diagnostico situacional	1.1. Apertura del campo de trabajo 1.3. Encuesta 1.4. y 1.5. vista validad 1.4. Información tratado	1.1.1 Cordinación con autoridad local de AA HH. 1.2.1 Coordinación con jefes de salud local y unidad ejecutora de salud. 1.3.1 Elaboración de Encuesta y entrevista 1.3.2 Validación En la comunidad 1.3.3 Aplicación de la encuesta 1.4.2 Tabulación de resultados 1.4.3. Evaluación	Para todos los Objetivos de esta unidad se Programará previa Planificación y coordinación. . Visita casa por casa A la familia	Responsable de la tesis y dos colaboradores.	En todos los contenidos de esta unidad contaremos con la programación documentada . Responsable del proyecto Dos Tec en enfermería. . Usuarías . Medios de transporte: motocicleta . Material de escritorio. . Centro de cómputo. . Apoyo con folletos, afiches.	4 días . 7 días	Monitoreo de actividades programadas. Será a través de la aplicación de un pre test a las mujeres en edad fértiles visitadas a su domicilio.

		de información recogido					
--	--	-------------------------	--	--	--	--	--

III. Trabajo asistencial.	3.1. Concretizar la atención intramural para la toma de Papanicolaou. 3.2 Evaluación de consecuencias.	3.1.1 Campaña de toma de muestra de Papanicolaou e IVAA gratuitamente.	. Previa sesión educativa . Toma de muestra de Papanicolaou o previa atención por triaje.	. Obstetras asistenciales del C, Salud San Fdo. : 6	. Material Para toma de Papanicolaou: . Isopos. . Espátula de aire. . Espéculos descartables . Guantes quirúrgicos. . Láminas porta objeto. . Alcohol 96 g. . Papel bond. . Soluc de ácido acético. . Algodón. . Fuente d luz.	7 días.	Llena de historia clínica y registros diarios
---------------------------	---	--	--	--	--	---------	---

