República Dominicana

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

Hospital Juan Pablo Pina

Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES DE BACHILLER DE 3ERO Y 4TO DEL CENTRO EDUCATIVO MARCOS CASTAÑOS FE Y ALEGRIA.

Tesis de post grado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dra. Altagracia Pinales La Paz

Asesores:

Dra. Concepción Aura Sierra (Clínica)

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológica)

Dra. Iris M. Paula (Clínico)

Los conceptos emitidos en el presente tesis de post grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2019

CONTENIDO

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstract

I. Introducción... 1

I.1. Antecedentes. 1

I.2. Justificación. 2

II. Planteamiento del Problema. 3

III. Objetivos. 4

III.1. General. 4

III.2. Específicos. 4

IV. Marco Teórico. 5

IV.1. Virus del papiloma humano (VPH) 5

IV.1.1. Definición 5

IV.1.2. Historia del virus de papiloma humano. 5

IV.2. Virus del papiloma humano (VPH). 7

IV.3. Etiología. 8

IV.3.1. Fases del virus del papiloma humano. 9

IV.3.1.1. Fases del virus por incubación. 9

IV.3.1.2. Infección por incubación 9

IV.3.1.2. Expresión activa. 9

IV.3.1.3. Respuesta del huésped. 10

IV.3.1.4. Fase tardía. 10

IV.4. Causas del virus del papiloma humano (VPH). 11

IV.4.1. Características especiales del virus. 12

IV.5. Clasificación del virus del papiloma humano (VPH). 12

IV.6. Epidemiología del VPH. 13

IV.7. Patogenia. 15

IV.8. Factores de riesgo. 16

IV.8.1. Conducta sexual. 16

IV.8.2. Consumo de tabaco. 17
IV.8.3. Alto número de embarazos. 17
IV.8.4. Sistema inmunológico deprimido. 17
IV.8.5. Uso prolongado de anticonceptivos. 17
IV.8.6. Factores nutricionales. 18
IV.8.7. Modo de transmisión. 18
IV.8.8. Diferencia entre la prueba de Papanicolaou y prueba de VPH. 18
IV.9. Prevención del virus del papiloma humano (VPH). 18
IV.9.1. Microbicidas. 19
IV.9.2. Vacuna. 19
IV.9.3. Cervarix. 20
IV.9.4. Seguridad de la vacuna 20
IV.10. Manifestaciones clínicas. 20
IV.10.1. Estadificación del carcinoma de cuello uterino. 20
IV.10.2. Tratamiento del cáncer de cuello uterino. 21
IV.11. Complicaciones. 22
IV.11.1. Situaciones que requieren asistencia médica. 22
IV.12. Pronóstico. 23
IV.13. Conceptualización de la adolescencia. 23
IV.13.1. Adolescencia temprana (10 a 13 años) 24
IV.13.2. Adolescencia media (14 a 16 años) 24
IV.13.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años) 25
IV.13.4. Crecimiento. 25
IV.13.5. Estirón de la adolescencia. 28
IV.13.6. Cambios físicos. 28
IV.14. Embarazo en adolescentes. 30
IV.15. Infección por el virus de papiloma humano en la adolescencia. 32
IV.16. Factores de riesgo. 34
IV.17. Prevención. 35
IV.18. Tratamiento. 35
V. Hipótesis 36

V. Operacionalización de las variables. 37
VII. Material y métodos. 39
VII.1.Tipo de estudio 39
VII.2. Demarcación geográfica. 39
VII.3. Universo. 39
VII.4. Población. 40
VII.5. Criterio de inclusión. 40
VII.6. Criterios de exclusión 40
VII.7. Instrumento de recolección de datos. 40
VII.8. Procesamiento de la información. 40
VII.9. Tabulación y análisis. 40
VII.10. Aspectos éticos 40
VIII. Resultados…….. 41
IX. Discusión……. 57
X. Conclusiones…… 59
XI. Recomendaciones…… 60
XII. Referencias. 61
XIII. Anexos. 64
XII.1. Cronograma. 64
XII.2. Instrumento de recolección de datos 65
XII.3. Costos y recursos 67
XII.4. Evaluación. 68

AGRADECIMIENTOS

A Dios: Gracias Dios por darme la vida, por darme todo lo que tengo, por ser quien soy y por estar donde estoy ¡Gracias por tantísimo!

A la Universidad: Gracias la sede central de enseñanza para lograr mis objetivos.

A mi Hospital: Hospital Juan Pablo Pina.
Por ser el centro de mi acogida central de enseñanza para ampliar y desarrollar mis conocimientos.

A los asesores: Gracias por creer en mí.

A la asesora metodológica Claridania Rodríguez: Gracias por las orientaciones y las estrategias aplicadas para ampliar los conocimientos.

A la asesora clínica Aurora Concepción: Gracias por la orientación y los cambios producidos en mí.

Dr. Elvin David Jiménez coordinador: Gracias por mantener la confianza y creer en mí.

Mis compañeros: Dra. Bonifacio, Dra. Lorenzo, Dra. Sánchez, Dr. Lorenzo, Dra. Bautista, Dra. Wanda Sánchez, Dr. García y Dra. Manzueta, Gracias a mis compañeros.

La sustentante

DEDICATORIAS

A mis padres: José Pinales y Lucrecia La Paz, mis ángeles que desde el cielo me guían, por enseñarme hacer un buen ser humano y darme la felicidad de ser su hija.

A mi esposo Roumaldo Segura Puello: por ser alguien invaluable en mi vida, gracias por formar parte de mí y mi existencia por eso te amo y te amare siempre.

A mis Hijos: Randy, Andy, Clairy, Andry, por ser mis hijos educados y por esperar mi llegada siempre.

A mis Hermanos: Rufina, Juan, Desiderio, Américo, Francisca, Jorge, Narcisa, Denia, Eddy por el amor incondicional y comprensión gracias.

Dra. Altagracia Pinales La Paz

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018. El universo estuvo compuesto por todos los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018. El 40.1 por ciento de los estudiantes con nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano tenían una edad de 14-16 años. El 53.1 por ciento de los estudiantes eran del sexo masculino. El 51.1 por ciento de los estudiantes procedían de la zona urbana. El 52.6 por ciento de los estudiantes según su religión fueron otras. El 79.1por ciento de los estudiantes según su nivel académico fue primario. El 90.6 por ciento de los estudiantes eran soltero. El 54.1 por ciento de los estudiantes según su tipo de familia fue nuclear. El 75.5 por ciento de los estudiantes respondió que el virus del papiloma humano es una enfermedad que produce una infección de trasmisión sexual. El 69.7 por ciento de los estudiantes respondió que el virus del papiloma humano se contagia por relaciones sexuales. El 67.7 por ciento de los estudiantes respondieron que el sexo masculino tiene menos conocimiento sobre la enfermedad. El 65.1 por ciento de los estudiantes respondió que los síntomas son Verrugas en la vagina, pene y ano. El 55.8 por ciento de los estudiantes respondieron que el cervico uterino podría convertirse en cáncer. El 52.6 por ciento de los estudiantes respondió que el uso de preservativo puede prevenir el virus del papiloma humano. El 91.6 por ciento de los estudiantes si ha visitado algún ginecólogo o urólogo. El 79.6 por ciento de los estudiantes según su inicio de las relaciones fue 11-17. El 79.6 por ciento de los estudiantes siempre utiliza preservativo.

Palabras clave: conocimiento, actitudes, virus del papiloma humano, estudiantes

ABSTRACT

A prospective study was carried out, with the objective of determining the level of knowledge attitudes about the human papillomavirus that the baccalaureate students of 3rd and 4th Marcos Castañer Fe y Alegría Educational Center have, in the period January-June 2018. The universe It was composed of all high school students from 3rd and 4th Marcos Castañer Fe y Alegría Educational Center, in the period January-June 2018. 40.1 percent of the students with knowledge level attitudes about the human papillomavirus had an age of 14-16 years. 53.1 percent of the students were male. 51.1 percent of the students came from the urban area. 52.6 percent of the students according to their religion were others. 79.1 percent of the students according to their academic level were primary. 90.6 percent of the students were single. 54.1 percent of the students according to their type of family were nuclear. 75.5 percent of the students responded that the human papillomavirus is a disease that causes a sexually transmitted infection. 69.7 percent of the students responded that the human papillomavirus is spread through sexual intercourse. 67.7 percent of the students responded that the male sex has less knowledge about the disease. 65.1 percent of the students responded that the symptoms are warts on the vagina, penis and anus. 55.8 percent of the students responded that the cervical cervix could become cancer. 52.6 percent of the students responded that condom use can prevent human papillomavirus. 91.6 percent of students have visited a gynecologist or urologist. 79.6 percent of the students according to their start of relationships was 11-17. 79.6 percent of students always use condoms.

Keywords: knowledge, attitudes, human papillomavirus, students

I. INTRODUCCIÓN

El Virus de Papiloma Humano (VPH) afecta en gran parte las mujeres en edad reproductiva, la cual oscila entre los 15 y 49 años de edad. Esta es una enfermedad de transmisión sexual.

Se manifiesta en forma de condilomas acuminados, que son verrugas en los genitales de la mujer, causados por un crecimiento celular anormal. Los casos que no son atendidos con el cuidado requerido son precursores de cáncer cervical. Se puede detectar con facilidad utilizando la técnica del Papanicolaou y pueden ser tratadas con diferentes tipos de manejo.

Estudios realizados han demostrado que la incidencia de esta enfermedad se encuentra entre 2.5 por ciento y 5.5 por ciento de la población, además se cree que más del 85 por ciento de todos los cánceres cervicales contienen VPH de alto riesgo. En diversos estudios realizado en República Dominicana se ha encontrando una incidencia mayor.

Este virus se transmite por microtraumatismos ocurridos durante el coito con una persona infectada, por lo que las relaciones sexuales son el principal factor de riesgo para la transmisión de éste, aunque existen otros factores secundarios que contribuyen a su propagación, dentro de los cuales están: numerosas parejas sexuales, la edad temprana del primer coito, parejas masculinas con varias parejas sexuales, entre otros. Se ha podido observar una mayor incidencia del VPH disminuye, por lo que la población adolescente es la que tiene mayor riesgo de contagiarse.

I.1. Antecedentes

La condición infecciosa de las verrugas, tanto en animales como en el ser humano, se demostró desde principios de siglo. Por su parte, Rous y colaboradores informaron desde 1930 a 1950 el potencial oncogénico de extractos de papilomavirus en conejos.[1]

Shope comprobó que el agente causante de los condilomas se transmitían de un conejo a otro y era un agente filtrable, por tal razón, muy posiblemente un virus.

Apenas en 1949 se observaron por microscopía electrónica las partículas virales en las verrugas. En 1963, Crawford y colaboradores revelaron la estructura del genoma de los papilomavirus; sin embargo, debido a la falta de un procedimiento para cultivarlos y a la aparente benignidad de las verrugas en seres humanos, se retardaron los estudios de su potencialidad oncogénica.

En los años setenta, Zur Hausen propuso el HPV como un candidato en la génesis de las neoplasias del sistema genital; en la misma época Meisel describió una lesión condilomatosa del cérvix inducida por HPV; ambos autores resaltaron la presencia del HPV intranuclearmente en las células coilocíticas asociadas con neoplasia intraepitelial cervical.

En el siguiente decenio se inició el aislamiento de diferentes tipos de papilomavirus humanos; primero, los tipos 6 y 11 en las verrugas genitales, y después, los tipos 16 y 18 en biopsias de carcinoma de cuello uterino. A pesar de estos avances, tuvieron que pasar unos diez años para que se aceptara la relación causa - efecto entre el papilomavirus y el cáncer de cuello uterino.[2]

I.2. Justificación

El comportamiento de las lesiones por VPH está influido por factores inmunitarios. Probablemente es importante la inmunidad mediada por células. La verrugas tienen a desaparecer de manera espontánea con el tiempo, pero los pacientes inmunosuprimidos experimentan también una mayor incidencia de verrugas y de neoplasia intraepitelial en la vulva y el cuello uterino. El embarazo en esta etapa es considerado de alto riesgo obstétrico por todos los autores consultados. Debido a la alta tasa de morbilidad, tanto para la madre como para el producto por las complicaciones que se presentan en este tipo de embarazo.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adolescentes por sus características se hacen más vulnerables a los riesgos, y ponen en peligro la salud, en este periodo ellos sienten deseos de independizarse, curiosidad por el consumo alcohol, cigarrillos, drogas y deseos por iniciar sus primeras relaciones sexuales, que los conlleva a embarazos no deseados y enfermedades de trasmisión sexual, como el virus del papiloma humano (VPH).

La Organización Mundial de la Salud y el comité de control de las enfermedades transmisibles, reportan que el VPH es unas de las enfermedades de trasmisión sexual más común, con un alto porcentaje de personas contagiadas. La incidencia del papiloma humano en mujeres va desde los 15 años hasta los 45 años, produciendo complicaciones graves como el cáncer cérvico uterino, que actualmente es un problema de salud pública a nivel mundial.

Además, existen también algunos tipos del virus del papiloma humano que provocan verrugas en las manos y en los pies.

Aunque muchas personas pueden ser infectadas por el virus del papiloma humano y curarse sin recibir tratamiento ni diagnóstico, es importante estar en revisión médica con frecuencia.

Esto es, porque el virus del papiloma humano puede propiciar el desarrollo del cáncer de cérvix en la mujer, el cáncer de pene en el hombre, y el cáncer de ano en ambos ya que el virus del papiloma humano puede afectar las células del tejido de esas zonas.

Ya que no existe forma de curar el virus del papiloma humano, lo mejor es prevenir la infección a través del contacto con personas infectadas con el virus del papiloma humano.[3]

Aunque existen tratamiento para curar el virus, lo mejor es prevenir la infección a través del contacto con personas infectadas de ese modo se previene el contagio.

Así como existen factores de riesgo también hay factores protectores que utiliza el adolescente, ante una situación no deseada para sobreponerse, crecer y desarrollarse en un ambiente social. Por lo que nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018?

III. OBJETIVOS

III.1. General

Determinar el nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

III.2. Específicos

1. Estipular la edad de los adolescentes.
2. Identificar el sexo de los adolescentes.
3. Identificar la procedencia de los adolescentes.
4. Determinar la religión de los adolescentes.
5. Identificar el estado civil de los adolescentes
6. Determinar el tipo de familia de los adolescentes.
7. Identificar el nivel conocimiento sobre el papiloma humano.
8. Determinar de cómo se contagia.
9. Establecer si tiene conocimiento sobre esta enfermedad.
10. Identificar el nivel de conocimiento entre la relación del virus del papiloma humano y cáncer cervico uterino.
11. Determinar cómo prevenir la enfermedad.
12. Establecer si ha visitado el ginecólogo o urólogo.
13. Determinar el inicio las relaciones sexuales.
14. Identificar si usan preservativo.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Virus del papiloma humano (VPH)

IV.1.1. Definición

El virus del papiloma humano, papilomavirus o VPH es una infección de transmisión sexual, por lo que es considerada dentro del grupo de enfermedades venéreas.

La infección por el VPH es la más frecuente de todas las enfermedades de transmisión sexual, pudiendo cursar con un cuadro subclínico y por lo tanto sin síntomas, haciendo que el paciente no tenga conocimiento a menos que aparezcan alteraciones en la prueba de Papanicolaou o en la colposcopia.[4]

IV.1.2. Historia del virus del papiloma humano

En los últimos treinta años se ha observado un incremento notable en la prevalencia de la infección por el virus del papiloma humano (VPH), tanto en sus formas clínicas o condilomas, como en sus formas de expresión subclínicas, identificables solamente mediante cambios celulares detectados en citología y colposcopía.

Las lesiones del tracto genital inferior como los carcinomas de estas regiones están influenciados por el virus del papiloma humano, siendo este la causa en un 99 por ciento de los casos. Hoy en día se acepta que tanto los carcinomas de pene como de cervix son enfermedades de transmisión sexual ya que tienen su origen en el virus del papiloma humano.

La introducción, hace aproximadamente 50 años, de la citología de Papanicolaou como técnica de cribado ha producido una importante disminución en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cervix y pene, y con la introducción en la época de los 90 de la citología en base líquida estas tasas de incidencia se han reducido aun más. Por otra parte, la citología detecta un número no despreciable de lesiones celulares que carecen de significado clínico. Dentro de este grupo se encuentran los cambios citológicos producidos por las infecciones transitorias por virus del papiloma humano o las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.

Actualmente, la citología se utiliza con cuatro indicaciones precisas que son:

1. Como método de detección primaria.
2. Valoración pronóstica y de seguimiento de las lesiones de bajo grado.
3. Control de curación pos tratamiento.
4. Evaluación de lesiones de significado incierto que pueden llegar a desarrollar lesiones de bajo grado. (ASCUS Y AGUS).

Los virus del papiloma humano son miembros de la familia papilomaviridae, pequeños virus compuestos de ADN, de 8000 pares de bases. Su estructura, es compartida por más de 100 tipos secuenciados hasta la fecha y consta de varios genes, unos de expresión temprana y 2 genes de expresión tardía, cuya expresión se traduce en proteínas implicadas en la regulación y replicación viral. De todos los tipos de virus secuenciados hasta la fecha aproximadamente 40 tipos infectan el área ano genital, de éstos, unos 15 a 20 tipos provocan o evolucionan hacia carcinomas. La gran mayoría de virus que causan carcinomas están asociados a los serotipos 16 y 18, mientras tanto los serotipos 6 y 11 son los que más se relacionan con patologías de tipo condilomatosa.

Los virus de papiloma humano al igual que otro gran número de virus aprovechan la maquinaria celular para replicarse, es decir son afines por los epitelios (epiteliotróficos). Al infectarse la persona el virus se desplaza a las células más profundas de los epitelios (es decir las células basales que dan origen a los diferentes tejido como la piel del pene o la piel de la vulva o cuello del útero). Ahí permanecen en forma latente (episoma), durante un período que puede variar de 6 meses a dos años en promedio. Aunque este periodo depende del sistema inmunológico de la persona infectada, es decir, podría acortarse o extenderse.

En determinadas circunstancias fisiológicas de permisividad inmunológica, es decir, cuando las defensas del cuerpo se bajan, y tras un periodo de persistencia de la infección, generalmente largo, las partículas de ADN viral que se encuentran en el citoplasma celular de las células basales, sufre un proceso de integración dentro del núcleo de la célula y con ello una serie de transformaciones en el núcleo celular que llevan a provocar un cambio tumoral de esta.

Los tipos de virus del papiloma humano que afectan a mucosas se transmiten predominantemente por vía sexual. Se han descrito otras formas alternativas de transmisión como son la vertical o materno-fetal.[5]

IV.2. Virus del papiloma humano (VPH)

Según Muñoz y Bosch en su artículo clasificación epidemiológica de los papilomas virus asociado a cáncer cervical de New England Jornal of Medicine (2003). Los VPH que tienen más probabilidades de convertirse en cáncer cérvicouterino se conocen como virus de alto riesgo, y tanto éstos como los de bajo riesgo pueden causar el crecimiento de células anormales, pero generalmente sólo los tipos de alto riesgo pueden resultar en cáncer y se transmiten con las verrugas que provoca el VPH de bajo riesgo, porque no se convierten en cáncer, sino que lo que hacen es que causan cambios leves en el cuello uterino, desapareciendo con el transcurrir del tiempo.

Según Guillermo R. Dipaola, Ginecólogo, en su libro: «colposcopía y patología del tracto genital inferior», 2da. Edición, página 139; la transmisión sexual de los condilomas genitales fueron demostrada por Barret y cols., quienes en 1954 publicaron 24 casos de mujeres con condilomas genitales que se habían desarrollado entre 4 y 6 semanas después del regreso de sus maridos de la guerra de Corea.

Los virus de papiloma humano comprenden un grupo de virus que se transmiten, casi exclusivamente por contacto sexual, y cuya infección es la causa de la producción del cáncer de cuello de útero, además de otros cánceres de vulva, vagina, ano y pene. Infecta selectivamente el epitelio de piel y mucosas. Estas infecciones pueden ser sintomáticas, producir verrugas o asociarse con diversas neoplasias benignas y malignas.

Es un grupo de grandes virus de los cuales se han identificado más de 100 tipos, de éstos 30-40 infectan el área genital y anal masculina y femenina, 15-20 son oncogénicos (alto riesgo) y éste último es necesario para que se desarrolle el cáncer de cervix.

Existen más de 120 tipos distintos de estos virus que pueden infectar al ser humano, aunque sólo 15 de ellos se consideran de alto riesgo para el desarrollo de

cáncer de cuello de útero, siendo los llamado tipo 16 y 18 los causantes de más del 70 por ciento de los cánceres. Otros tipos (tipos 6 y 11) son los causantes de los denominados condilomas acuminados (verrugas genitales), y de la aparición de verrugas en la parte alta de las vías respiratorias (papilomatosis respiratoria recurrente), debido a la infección de las vías respiratorias en el recién nacido de una madre infectada, durante el parto.

Al menos el 50 por ciento de las personas sexualmente activas contraerán VPH genital. La mayoría ni siquiera sabrá que lo tiene. El VPH genital es un virus común entre hombres y mujeres sexualmente activos.[6]

IV.3. Etiología

Pertenecen a la familia papilomaviridae. Son virus sin envoltura de 50-55 manómetros de diámetro con cápsides icosaédricas formadas por 72 capomeras. Contienen un genoma de DNA circular bicaternario con aproximadamente 7,900 pares de bases. La organización de todos los virus del papiloma humano es similar y consta de una región precoz (E, del inglés *early*) una región tardía (L, del inglés *late*) y una región reguladora no codificadora corriente arriba (*upstran regulatory region*, URR). Los tipos de virus del Papiloma Humano oncogénico pueden inmortalizar los queratinocitos humanos y sea localizada esta actividad en productos de los genes precoces E6 y E7. La proteína E7 une el producto génico del retinoblastoma y proteínas relacionadas.[7]

Las proteínas E1 y E2 regulan la replicación del DNA viral y la expresión de los genes. El gen L1 codifica la proteína principal de la capside que constituye hasta el 80 por ciento de la masa del virión. La L2 codifica una proteína secundaria de la cápside.

Los tipos de virus del papiloma humano se diferencian entre si por el grado de homología de la secuencia del ácido nucleico. Los diferentes tipos comparten menos del 90 por ciento de su secuencia del DNA en L1.

Los tipos de VPH concretos se asocian con manifestaciones clínicas tales como:

Virus del papiloma humano 1	Verrugas plantares
Virus del papiloma humano 6 y 11	Verrugas anogenitales
Virus del papiloma humano 16 y 18	Displasia de cuello uterino, carcinoma cervical invasor.
Virus del papiloma humano 1, 2, 4, 7	Papilomas epidermoides benignas (verrugas).

Los virus del papiloma humano son exclusivos de especie y no se propagan en cultivos de tejidos ni en los animales de experimentación genital.[7]

IV.3.1. Fases del virus del papiloma humano

Infección por inoculación

Ocurre en el sitio del microtraumas durante el contacto de una persona infectada, los viriones cruzan la membrana basal y penetran la célula.[8]

IV.3.1.1. Infección por incubación

El período de incubación suele ser 3-4 meses con un rango que va desde un mes a dos años. En este período se inicia la replicación del virus en las células del hospedadero; la primera fase en duplicación del virus es la etapa de la auto replicación de plasmados extracromosomales, las cuales de llama episome.

Las proteínas reguladas especificadas por los genes virales (E1-E7) crean un estallido inicial de replicación episomal, de esta forma se produce genoma viral adicional que puede transferirse a las células vecinas. Esta replicación inicial sucede conjuntamente con la división de la célula huésped, así se previene la dilución del número de copias virales en el tiempo.

IV.3.1.2. Expresión activa

La mayoría de los individuos afectados pueden permanecer largos períodos con una infección latente. La progresión desde un estado episomal a la replicación viral producida incluye la interrelación del estado celular, el tipo de virus y estado inmune

del huésped. La distribución y extensión anatómica de las lesiones es particular a cada individuo y produce de esta forma un amplio patrón de la enfermedad. La morfología de las alteraciones epiteliales es influida por el grado de proliferación de vasos sanguíneos.

Donde existe una proliferación vascular extensa, las proyecciones del estroma suelen ser visibles como el caso de condiloma exofítico. En contraste, si el crecimiento vascular es insuficiente para producir una verruga, las lesiones permanecen subclínicas. Las lesiones exofíticas y subclínicas sólo difieren en el nivel microscópico ya que ambas representan una infección viral vegetativa.[8]

IV.3.1.3. Respuesta del huésped

Alrededor de los tres meses después de la aparición de las primeras lesiones clínicas o subclínicas, comienza la respuesta inmune del huésped. La inmunidad celular juega el papel más importante en la defensa del hospedero contra la infección por el Virus del Papiloma Humano. Durante la etapa de respuesta del huésped, los condilomas externos pueden involucionar espontáneamente en alrededor del 10 por ciento a 30 por ciento de los casos. En la mayoría de los pacientes las lesiones focales persisten, pero la formación de nuevos papilomas disminuye o simplemente no aparece; este es el grupo de pacientes que habitualmente responde al tratamiento de destrucción de las lesiones, ya que el mismo se consigue una remisión clínica. Pero en los restantes, las lesiones activas continúan creciendo más allá de la fase de respuesta del huésped, estos son los pacientes resistentes a los tratamientos habituales.

IV.3.1.4. Fase tardía

Después de nueve meses los pacientes pueden ser divididos en dos grupos: aquellos que se mantienen en remisión clínica y aquellos que recaen en la enfermedad. Aunque los pacientes del primer grupo no vuelven a presentar condilomas, muchos aún tienen infección latente dentro del epitelio anogenital y permanecen contagiosos. Los pacientes del segundo grupo, con enfermedad

crónica, activa o recaída tardías después de cura aparente, son los que se encuentran en mayor riesgo de progresión neoplásica.[8]

IV.4. Causas del virus del papiloma humano (VPH)

El virus del papiloma humano es un virus que puede afectar el tejido de diversas zonas del cuerpo, como el anal, el vaginal y el bucal.

Como en la mayoría de las ocasiones, el virus del papiloma humano no da síntomas ni señales, es probable que muchas personas estén contagiadas con el virus del papiloma humano aún sin saberlo.

El virus del papiloma humano es un virus que se contagia por contacto sexual con una persona que esté infectada con el virus del papiloma humano. El virus del papiloma humano se puede contraer por contacto vaginal, anal u oral.

El virus del papiloma humano es sumamente contagioso y tanto hombres como mujeres pueden contraer el virus del papiloma humano, sin embargo, es muy frecuente que quien esté contagiado con el virus del papiloma humano no lo sepa.

El virus del papiloma humano también puede ser transmitido de la madre diagnosticada con virus del papiloma humano a su bebé, al momento del parto. A esta condición muy poco frecuente se le conoce como papilomatosis respiratoria recurrente.

Entre otras cosas, el virus del papiloma humano causa la aparición de verrugas genitales, una enfermedad de transmisión sexual que se contrae por tener un contacto sexual sin protección, ya sea vaginal, oral u anal con una persona infectada con VPH. El virus puede afectar la mucosa del área vaginal, oral u anal.

Si bien el preservativo es útil en la prevención del contagio del virus del papiloma humano, y por ende las verrugas genitales, es probable que éste haya infectado otras áreas que no pueden ser cubiertas por el condón, por lo que también una persona se puede contagiar.

No todas las personas que tienen contacto sexual sin protección con una persona con el virus del papiloma humano, terminan desarrollando el virus del papiloma humano.

Sin embargo, como es imposible saber quién lo puede contraer, lo mejor es tomar precauciones, y tener actividad sexual sólo con la pareja.

Existe una serie de cosas que son consideradas como factores de riesgo para infectarse con el virus del papiloma humano.

Algunos de los factores de riesgo para desarrollar contagiarse con el virus del papiloma humano son:

1. Iniciar la actividad sexual a edad muy temprana
2. Tener relaciones sexuales con alguien de quien no sabe si padece alguna enfermedad de transmisión sexual
3. Tener relaciones sexuales con muchas personas
4. Tomar alcohol
5. Fumar
6. Estar embarazada
7. Padecer otras enfermedades virales como herpes o VIH y estar estresado
8. Tener un sistema inmunológico débil[9]

IV.4.1. Características especiales del virus

Los virus del papiloma humano, casi siempre se localizan en piel, tercio inferior del aparato genital, faringe, cavidad bucal, uretra, vejiga y epitelio anal o perianal. Este se multiplica en el núcleo de las células epidérmicas y ataca a las células de la capa basal de la epidermis de la mucosa donde se establece un reservorio viral. Algunas variedades como las que provocan las transformaciones malignas de las células se integran en el DNA del huésped.

La expresión de los genes de Virus del Papiloma Humano, a diferencia de otros virus, está ligada a los casos celulares de diferenciación escamosa y queratinización, como el epitelio ano genital tiene potencial limitado de queratinización, el ciclo de multiplicación viral no siempre procede hasta lizar la célula. El resultado es una infección abortada en la que la célula humana no se destruye, sino que se maligniza.

Los papilomas virus por lo general son resistentes a la congelación, la desecación o la inactivación.[9]

IV.5. Clasificación del Virus del Papiloma Humano (VPH)

Este se puede dividir en tres, de acuerdo al grado de su magnitud:

1) Bajo riesgo: Porque no implica el riesgo de cáncer, estos pueden causar cambios leves en el cuello uterino de la mujer, sin embargo, estos cambios no conducen al cáncer, no son perjudiciales y desaparecen con el tiempo. En ocasiones, este tipo de virus puede producir cambios visibles en el área genital, denominadas verrugas genitales. En este grupo se encuentran los virus 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57.

2**)** Riesgo intermedio: Estos implican un riesgo intermedio para producir cáncer. En este grupo se encuentran los virus 31, 33, 35, 51, 52 y 57.

3) Alto riesgo: Se conoce con este nombre porque estos tipos están asociados con el cáncer de cervix. También han sido asociados con otro tipo de cáncer genital menos común, como el cáncer anal y de varios órganos tales como amígdala, faringe, entre otros. En este grupo se encuentran los virus 16, 18, 45, 46 y 56.[9]

IV.6. Epidemiología del VPH

En el mundo, la mayor frecuencia del VPH de alto riesgo se encuentra en África y América Latina (los virus más frecuentes son VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58) de éstos el más frecuente en América Latina es el 16. En Centroamérica y Sudáfrica también son frecuentes los virus de alto riesgo 33, 39 y 59.[10]

Existen pocos estudios sobre la incidencia de la frecuencia de las verrugas en grupos bien definidos de población. Las verrugas comunes se encuentran hasta en un 25 por ciento de algunos grupos, siendo más frecuente en niños pequeños, las verrugas plantares también son muy frecuentes y se dan sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes.

Los condilomas acuminados (verrugas ano genitales) son una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes y dan sobretodo en adolescentes y adultos jóvenes. Las verrugas genitales son una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuente en Estados Unidos.

La infección del cuello uterino por el Virus del Papiloma Humano (VPH) produce las alteraciones de células escamosas que se observan con más frecuencia en los frotis del papanicolau.

La mayor parte de las infecciones genitales por VPH se transmiten por contacto directo con lesiones infecciosas. Sin embargo, no se han definido las características de las lesiones infecciosas. Entre ellas su aspecto y los individuos que no tienen enfermedad manifiesta pueden transmitir infección. Es interesante que entre el 50 por ciento y 80 por ciento de los compañeros sexuales varones de las mujeres infectadas con el virus tienen la infección en el pene y menos frecuente en el ano.

La edad de máxima incidencia por la infección se sitúa entre los 15 y 25 años y después desciende lentamente. Los pequeños traumatismos en el lugar de la inoculación pueden facilitar la transmisión. La papilomatosis respiratoria de los niños pequeños es una enfermedad infrecuente que contagia a partir de la infección del aparato genital materno, en los adultos la enfermedad puede transmitirse por contacto sexual bucogenital.

Según el comité de consenso patrocinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), un gran volumen de datos epidemiológicos y biológicos han permitido afirmar que algunas infecciones por VPH producen cáncer de cuello uterino. Por ejemplo, más del 95 por ciento de los cánceres cérvico uterino contienen DNA del virus del Papiloma Humano de tipos oncógenos (alto riesgo), como los que se identifican con los números 16, 18, 31, 33 y 45. Se encuentran también DNA del virus en las lesiones de este tipo de cáncer (neoplásicos cérvico-uterino intraepiteliales). Estas lesiones que contienen DNA de los tipos de oncógeno tienden más a progresar que las que están relacionadas con los tipos de VPH de bajo riesgo como el 6 y 11. El DNA de este virus se transcribe en los tejidos tumorales y en muchos estudios epidemiológicos se ha confirmado una relación firme entre la infección por VPH (con factores o sin ellos) y el desarrollo de cáncer cérvico-uterino.

Sin embargo, es importante percatarse de que la mayor parte de las infecciones del cuello uterino por el VPH, entre ellos las causadas por tipos de alto riesgo, acaban curándose sola. La infección por tipos específicos de VPH se han relacionado también con carcinomas epidermoides, displasia del pene, el ano, la vagina y la vulva. En los pacientes con epidermoplastía verruviforme se desarrollan cánceres epidermoides en zonas infectadas por tipos específicos del VPH, como es el 5 y el 8.

Estudios epidemiológicos señalan que en el carcinoma epidermoide infiltrante del cuello uterino y sus precusores (displasia grave y carcinoma in situ) se encuentra DNA de los tipos 16 y 18 del VPH.

En Norte América 75 por ciento de los cánceres de cervix están relacionado con los tipos 16 y 18 y en América Latina con un 65 por ciento.[10]

IV.7. Patogenia

Todos los tipos de epitelio escamoso se pueden infectar por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el aspecto microscópico e histológico de la lesión varía según la localización y el tipo de virus. La replicación del VPH se inicia con la infección de las células basales. A medida que se desarrolla la diferenciación celular, el DNA del VPH se ensambla con el núcleo y se libera con la descamación de los queratinocitos.

Este proceso se acompaña de proliferación de todas las capas de la epidermis, con excepción de la basal y produce acantosis paraquerantosis e hiperquerantosis. En la capa granulosa aparecen coilocitos, células redondas de gran tamaño con núcleos picnóticos.

El epitelio de aspecto histolítico puede contener DNA del VPH y la presencia de DNA residual después del tratamiento se asocia con residivas.

En los núcleos de las células infectadas por lesiones benignas provocadas por el virus existente DNA del VPH en epitomas. Sin embargo en las displasias graves y los cánceres, el DNA del VPH está integrado de forma generalizada con rotura de los marcos de la lectura abierta E1/E2. Esta rotura conduce a una regulación positiva de E6 y E7, con la consiguiente interferencia de las proteínas celulares supresoras de tumores.

El conocimiento de las respuestas de defensa del hospedador a la infección por el VPH es incompleto y no se han determinado las correlaciones inmunitarias de la protección contra le infección y la resolución de la enfermedad.

Como es frecuente que los pacientes con trastornos de respuestas inmunitarias mediados por células incluídos los receptores de transplantes y los sujetos con infección por VIH, sufran enfermedad grave del VPH, es probable que estas respuestas tengan importancia para controlar la replicación del virus. Los estudios

histológicos que demuestran la existencia de un infiltrado linfomonocitorio epidérmico en las verrugas en resolución sugieren que la inmunidad local pueden ser especialmente importante para resolver el proceso.

La infección por el VPH también puede desencadenar una respuesta humoral y se han encontrado anticuerpos contra la cápside viral en pacientes con verrugas anogenitales, verrugas cutáneas y papilomatosis respiratoria.

En las mujeres con carcinoma de cuello uterino se han detectado anticuerpos contra las proteínas de la región E, especialmente E7.[10]

IV.8. Factores de riesgo

Como se vio anteriormente, sólo una pequeña parte de las infecciones crónicas por VPH evolucionan de neoplasia intraepitelial cervical 1 (NIC 1) a NIC II, NIC III y cáncer cervicouterino. Se han encontrado algunos factores de riesgo asociados al VPH que son determinantes para que esta evolución hacia el cáncer se dé, los más importantes son:

1. Conducta sexual.
2. Consumo de tabaco.
3. Tener múltiples compañeros sexuales.
4. Mujeres con alto número de embarazos
5. Sistema inmunológico deprimido.
6. Uso prolongado de anticonceptivos
7. Malnutrición.
8. Estrés y otras infecciones virales (como VIH o herpes) al mismo tiempo.[11]

IV.8.1. Conducta sexual.

Se considera el principal factor de riesgo. El inicio precoz de relaciones sexuales (antes de los 20 años) y el número de compañeros sexuales aumentan el riesgo de cáncer cervicouterino. Se ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en un 17-21 por ciento de las mujeres con una pareja sexual y en 69-83 por ciento de las mujeres con 5 o más parejas sexuales.

La promiscuidad sexual del hombre también constituye un factor de riesgo, dado que en sus múltiples contactos sexuales se contamina con virus de papiloma humano que trasmite después a su pareja.

En población de prostitutas la frecuencia de infección por virus de alto riesgo VPH-16, 18, 31 y 58 es hasta 14 veces más frecuente que en la población general.[12]

IV.8.2. Consumo de tabaco

Las mujeres fumadoras tienen un riesgo mayor de padecer de cáncer del cuello uterino que las mujeres no fumadoras. Estudios de investigación han demostrado que en el moco cervical (sustancia que reviste la mucosa del cuello del útero) hay una concentración elevada de sustancias provenientes del fumado de tabaco.

IV.8.3. Alto número de embarazos

Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo favorecen el desarrollo de las infecciones por VPH.[12]

IV.8.4. Sistema Inmunológico Deprimido

Factores genéticos o enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), medicamentos, consumo de drogas que provocan la depresión del sistema inmunológico de la persona predisponen al desarrollo de cáncer anogenitales y del cuello uterino ante la presencia de la infección por virus de papiloma humano.

IV.8.5. Uso Prolongado de anticonceptivos

El uso prolongado de anticonceptivos se ha vinculado con la persistencia de infecciones por virus del papiloma humano. Estudios científicos han estimado que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales por más de 5 años duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino.

IV.8.6. Factores nutricionales

Aunque los estudios científicos no son concluyentes se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por virus de papiloma humano y la evolución de las lesiones de CIN 1 a CIN II, III y cáncer cervicouterino.[12]

IV.8.7. Modo de transmisión

Las infecciones en el cuello uterino y en la vagina, por lo general, se transmiten por contacto sexual, no obstante hay evidencias de otras formas de contagio como son:

1. Las verrugas vulgares pueden auto o hetero inocularse del VPH-ADN.
2. b) Las verrugas genitales pueden transmitirse por contacto directo de la piel con las verrugas.
3. De la madre al niño durante el parto en los casos que existan verrugas genitales en el canal vaginal.
4. Instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados (por la presencia de VPH/ADN en el material quirúrgico, guantes, pinzas, biopsias, así como en juguetes sexuales.

Ningún estudio demuestra que el Virus del Papiloma Humano (VPH) se transmite por:

1. Asientos de baño.
2. Besos en la boca, abrazar a alguien o tomar de las manos.
3. Higiene personal deficiente.
4. Compartir alimentos o utensilios.
5. Nadar en piscinas, Jacuzzi.[12]

IV.8.8. Diferencia entre la prueba de Papanicolaou y prueba de VPH

La prueba del ADN del VPH se utiliza solamente para detectar VPH genital en el cuello uterino. La prueba de Papanicolaou busca cambios anormales de las células en el cuello uterino, generalmente causados por el VPH genital. Los médicos no pueden tratar el VPH genital, pero pueden tratar los cambios en las células que éste provoca. Es por ello que la prueba de Papanicolaou es estándar en la detección del cáncer cervical.[13]

IV.9. Prevención del Virus del papiloma humano (VPH**)**

La prevención de la infección por el VPH puede hacerse por:

1. Abstinencia sexual, es decir, no tener relaciones sexuales.
2. Si usted realiza actos sexuales disminuya el número de parejas.
3. Escogiendo una pareja que no haya tenido muchas parejas sexuales. Entre menos haya tenido su compañero/a menos posibilidades de contagiarse con el VPH.
4. Usando preservativos o condones, aunque se desconoce que grado de protección ofrecen contra el VPH genital. Esto se debe a que el área que no es cubierta por el preservativo está expuesta al virus.

IV.9.1. Microbicidas

Un reciente estudio indica que algunos lubricantes sexuales que usan un agente llamado carrageenan puede inhibir la infección por el VPH in Vitro.[13]

IV.9.2. Vacuna

El 26 de junio del 2006, la FDA aprobó a Gardasil una vacuna profiláctica del Virus del Papiloma Humano, la cual es comercializada por la Merck, son de dos tipos: la Bibalente GSK (16 y 18) y la Cuadrivalente (6, 11 y 18).

La vacuna previene las infecciones de los tipos 6, 11 y del virus, ésta tiene alrededor de 95 a 100 por ciento de efectividad para los tipos 6, 11, 16 18 del VPH.

El FDA aprobó la vacuna en niños y mujeres con edades entre los 9-26 años. Es preferible vacunarse antes de comenzar cualquier actividad sexual. Se necesitan la aplicación de 3 inyecciones después de aplicarse la primera. Es necesario vacunarse por segunda vez dos meses después y la tercera vacuna deberá ser aplicada seis meses después de la primera. La vacuna es relativamente nueva y no se sabe con exactitud el tiempo de protección brindado por la vacuna, se deben realizar más estudios para disponer de la información. La FDA no sabe si la persona necesitará un refuerzo después de dos años de ser aplicada.

La vacuna no tratará ni cura el virus, la inyección ayuda a que una persona que ya tiene algún tipo de virus, no se infecte con los otros tipos.[13]

IV.9.3. Cervarix

Recibió la aprobación en Australia en mayo de 2007 para mujeres entre las edades de 10 y 45 años.[2] Actualmente esta aprobada en más de 110 países en el mundo incluyendo Estados Unidos, Japón y la Unión Europea. Esta vacuna es comercializada por GlaxoSmithKline. Está diseñado para prevenir la infección de los tipos 16 y 18 del VPH, que actualmente causan cerca de 70 por ciento de los casos de cáncer cervical relacionados con el VPH. Además, fue demostrada en ensayos clínicos protección contra las variedades de virus 45, 33 y 31,[13] proporcionando una protección superior al 90 por ciento contra lesiones precancerosas, sin importar el tipo de VPH involucrado. La variedad 45 es causante del 12.5 por ciento de los casos de adenocarcinoma. Cervarix también es formulado con el AS04, un coadyuvante propietario que se ha encontrado que realza la respuesta del sistema inmunitario por un período del tiempo más largo, ya que se ha demostrado una duración de 8,5 años, aunque la proyección es que sea de más de 20.[13]

IV.9.4. Seguridad de la vacuna.

Las pruebas realizadas en la vacuna demuestran únicamente problemas menores. Algunas personas presentan un poco de fiebre tras ser vacunadas. Otras tiene un poco de irritación en el área donde se colocó la vacuna.

IV.10. Manifestaciones clínicas

Los pacientes con cáncer de cuello uterino generalmente consultan por hemorragias anormales o manchado post-coital que puede aumentar y volverse intermenstrual o producir menstruaciones abundantes. También pueden observarse secreción vaginal amarillenta, dolores lumbosacros y síntomas urinarios.[14]

IV.10.1. Estadificación del carcinoma de cuello uterino

La estatificación del carcinoma de cuello uterino se hace por el cuadro clínico y a menudo se complementa con una exploración ginecológica con anestesia acompañada de citoscopia y proctoscopia.

Generalmente se necesitan también radiografía de tórax, pielografía intravenosa y tomografía computarizada y se puede utilizar la resonancia magnética (magnetic resonace imaging, MRI) para evaluar la extensión extra cervical del tumor.

Estadio 1: limitado al cérvix

1. lA microscópico
2. IBI- micro > 5mm de profundidad ó > 7 mm de ancho. Ó lesión de 4 cm ó menos.
3. 1B2 - >4 cm.

Estadio II-Limitado 2/3 superior de la vagina o al parametrio medial

- lI -2/3 Superiores de la vagina.
- lIB - uno o ambos parametrios, pero sin fijación a la pared pélvica.

Estadio III - Invasión al 1/3 inferior a la vagina de uno o ambos parámetros fijados a la pared pélvica.

- lIlA -1/3 inferior de la vagina.
- IIIB -uno o ambos parámetros fijados a la pared pélvica o hidronefrosis.

Estadio IV - Invasión vejiga urinaria o recto, metástasis distantes.

- IVA - Mucosa vejiga urinaria.
- IVB- metástasis fuera de la pelvis.[15]

IV.10.2. Tratamiento del cáncer de cuello uterino

Las recomendaciones para el tratamiento del carcinoma cervical (escamoso) estadio o: criocirugía o láser, conización, escisión con asa diatérmica.

Estadio I

Menos de 3 mm, invasión linfovascular negativa, histerectomia simple o cono. Menos de 3 mm invasión linfovascular positiva, histerectomía radical y linfadenectomía, las recidivas son de 4 por ciento y las metástasis de 3 por ciento.

Mayor de 3 mm, menor o igual de 5 mm se recomienda, histerectomia radical, las recidivas son de 5-9 por ciento y las metástasis de 3-7 por ciento.

En el estadio lA2 y IBI se hará histerectomía radical con disección bilateral de ganglios pelvicos.

En el estadio 1B2 es radicación o radiación y cisplatino (semana) antes de histerectomia simple. Hay mejor sobrevida con quimioradiación.

La sobrevivida a los 3 años después de la histerectomía con ganglio o parametrio positivo, radiación de pelvis al 69 por ciento y radiación a la pelvis más cisplatino y 5 fluoracilo con un 86 por ciento.

Estadio lIB - IVA radiación más quimioterapia.

Estadio IVB - quimioterapia yio radiación paliativa.[15]

IV.11. Complicaciones

Se ha encontrado que algunos tipos del virus del papiloma humano causan cáncer del cuello uterino y de la vulva.

Los tipos del VPH que pueden causar verrugas genitales no son los mismos que los tipos que pueden causar cáncer de cervix del pene o del ano.

Las verrugas pueden llegar a ser numerosas y bastante grandes, requiriendo un tratamiento más extenso y procedimientos de control.[16]

IV.11.1. Situaciones que requieren asistencia médica

Consulte con el médico si descubre que un compañero sexual actual o anterior tiene verrugas genitales. Igualmente llame si tiene verrugas visibles en los genitales externos, prurito, flujo o sangrado vaginal anormal. Tenga en cuenta que las verrugas genitales pueden no aparecer durante meses o años después del contacto sexual con una persona infectada.

Asímismo, consulte con el médico si cree que un niño pequeño puede tener verrugas genitales.

Las mujeres deben comenzar a hacerse las citologías vaginales a la edad de 21 años.[17]

IV.12. Pronóstico

La mayoría de las mujeres jóvenes sexualmente activas resultan infectadas con el VPH, pero muy pocas permanecen infectadas por más de 5 años. En muchos casos, el VPH desaparece por sí solo.

La mayoría de los hombres que resultan infectados con el VPH nunca manifiestan ningún síntoma ni problemas a causa de la infección. Sin embargo, se la pueden transmitir a las compañeras sexuales actuales y algunas veces a las futuras parejas.

Incluso después de haber recibido el tratamiento para el virus del papiloma humano, usted aún puede infectar a otros. Ciertos tipos de verrugas genitales aumentan el riesgo de una mujer de padecer cáncer del cuello uterino y de la vulva.[18]

IV.13. Conceptualización de la adolescencia

La adolescencia es un continuo crecimiento de la existencia de los jóvenes, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas.

A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada a los doce o trece debido a cambios hormonales, la *adolescencia* puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo pues está relacionada no solamente con la maduración de la psiquis del individuo sino que depende de factores psico-sociales más amplios y complejos, originados principalmente en el seno familiar.

Muchas culturas difieren en cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas, como por ejemplo en el judaísmo el Benei Mitzvá celebrado a los doce años. Aunque no existe un consenso sobre en que edad termina la adolescencia, algunos psicólogos como Erik Erikson consideran que la adolescencia abarca de entre los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años. Según Erickson este período de los 13 a los 21 años es la búsqueda de la identidad y define

al individuo para toda su vida adulta, quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años. Ya que el término de la adolescencia depende de la madurez psicológica la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año. La OMS define la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Sin embargo la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considere[19]

IV.13.1. Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.[20]

IV.13.2. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

IV.13.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: «una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes».[20]

IV.13.4. Crecimiento

Desde el punto de vista práctico, los cambios normales del crecimiento tienen tres grandes características:

1. Se realizan en forma secuencial, es decir, aparecen unas características antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación (o regla), el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene.
2. El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades, por lo que algunos maduran antes que otros, para cada sexo.[21]
3. Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su raza, constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente socio-cultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico, que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.

IV.13.5. Estirón de la adolescencia

Crecer es una característica destacada de la pubertad, el brote o estirón de la pubertad es una de las características fundamentales de la adolescencia. Tiene una duración de 3 a 4 años con un promedio de 24 a 36 meses. Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto, llamado punto de velocidad máxima (PVM) que se manifiesta por un aumento rápido de la talla o crecimiento lineal de aproximadamente 8 cm en la mujer y unos 10 cm en el varón. Es seguida por una desaceleración o enlentecimiento progresivo del crecimiento lineal hasta que se detiene por la fusión de las epífisis de los huesos largos como consecuencia hormonal.

Actualmente se considera que el incremento en la velocidad de crecimiento es el primer signo de inicio pubertad en las niñas, aunque es más fácil de visualizar dicho cambio en el botón mamario. El crecimiento corporal no es homogéneo, por lo general se aprecia una gradiente distal: proximal, es decir, los pies y las manos crecen antes que lo hacen las piernas y los antebrazos, y éstos lo hacen antes que los muslos y los brazos. La cadera crece antes que los hombros y el tronco, el cual se acompaña de epífisis vertebral transitoria. Todos los órganos participan en el estirón del crecimiento a excepción de la cabeza, el timo, el tejido linfático y la grasa subcutánea. El inicio del estirón es variable en edad, por lo que los padres o el adolescente puede manifestar preocupación por una supuesta precocidad o retardo del crecimiento. Las necesidades nutricionales se hacen más intensas, hay dismetría fisiológica que causa cierta ‘’torpeza’’ motora, aumenta el metabolismo del calcio en el período de crecimiento rápido.[21]

IV.13.6. Cambios físicos

Los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo casi definitivo el dimorfismo sexual.

IV.13.6.1. Peso

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo

después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento. En los varones el peso coincide con la talla, es decir, de 100 a 200 g. por año. El aumento de peso puberal viene a representar el 50 por ciento del peso ideal del individuo adulto.[21]

IV.13.6.2. Grasa

La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante las niñas depositan grasa más rápida y extensamente que lo hacen los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones normales, en ningún momento de la pubertad se espera que las niñas pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco.

La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa magra tejido muscular, huesos y vísceras y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima (PVM) de crecimiento. Por el contrario, en las niñas, se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los hombres tengan hasta un 45 por ciento de su peso corporal en músculos y las mujeres hasta un 30 por ciento de su peso corporal en grasa. Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres. El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación al tronco, las piernas son más largas en el varón.

IV.13.6.3. Cabeza

La cabeza aumenta muy poco en tamaño, pero la cara se diferencia tomando aspecto de adulto, sobre todo por el reforzamiento mandibular, muy evidente en el varón y por los cambios en la nariz. Bajo las influencias de los andrógenos se establece también una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroides y las cuerdas vocales que tienen el triple de longitud que en las niñas.[21]

IV.13.6.4. Crecimiento muscular

El crecimiento muscular es un hecho resaltante, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andreogenos que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. Por supuesto, el tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, dependiendo de la actividad física que desarrollen. El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica.

IV.13.6.5. Detención

Importa el diagnóstico de las caries y alteraciones mecánicas. En general se completan 28 piezas durante la adolescencia.

- De 9 a 11 años: 4 premolares
- De 10 a 12 años: los segundos premolares
- De 10 a 14 años: los caninos
- De 11 a 13 años: los segundos molares.
- De 14 a 18 años las llamadas muelas de juicio, completando la dentadura adulta.[22]

IV.13.6.6. Maduración sexual

En la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona foliculostimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.[5]

IV.13.6.7. Mujeres

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años.

Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo bilateral y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo es cualitativo, la areola se hace más oscura y grande y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas.

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Típicamente comienza a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denzo, rizado y cubre la superficie externa de los labios extendiendos hasta el monte de Venus, logrando la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (más o menos entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y corporal aparece más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y en folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vagina, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño y en el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen para cubrir el introito. La vagina llega a 8 cm de profundidad y luego de 10-11 cm. Por efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la menarquia. Se desarrollan las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia con la presencia del bacilo de Doderlein, la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración, el himen se engruese y su diámetro alcanza 1 cm.

La menarquia, que es la primera aparición del ciclo menstrual, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que tiene aspecto

de hojas de helecho al microscopio. La menarquia tiende a ocurrir a los 11 o 12 años, aunque puede aparecer en la pubertad avanzada (8-10 años).[22]

IV.13.6.8. Atención del adolescente

A diferencia de lo que sucede en escolares, en los adolescentes, en la medida que aumenta la edad, se incrementa la mortalidad. La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente. Algunos de estos factores de protección incluyen la educación, nutrición, inmunizaciones, ejercicio físico, tiempo libre justo, promoción familiar y desarrollo espiritual, oportunidades de trabajo y legislaciones favorables para el niño y el adolescente. En los servicios de salud se debe hacer promoción en la prevención de cáncer pulmonar, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, accidentes y en la evaluación de los patrones de crecimiento y desarrollo normales.[23]

IV.14. Embarazo en adolescentes

Es el embarazo que se produce en una mujer adolescente entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia ósea entre los 10 a los 19 años de edad.[23]

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica variable según los distintos países del mundo así como las mujeres adolescentes embazaras que están en situación de dependencia de la familia de origen. El embarazo en una mujer adolescentes puede llegar a termino produciéndose el nacimiento, pero muchas veces con complicaciones propias del embarazo como los trastornos hipertensivos o interrumpirse por aborto, ya sea este espontaneo o inducido en este último caso de manera legal o ilegal dependiendo de la legislación de cada país.

En los países desarrollados los datos de embarazos en adolescentes confirman una relación de estos con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobrezas, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social que por lo general conlleva a un estigma social en muchas comunidades y culturas. Por estas razones

se realizan estudios y campañas con el objetivo de conocer las causas y limitar el número de embarazos en adolescentes. La percepción social del embarazo en adolescentes varia de una sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspecto del comportamiento, tanto biológico como cultural relacionado con el embarazo.

Los últimos datos del *national survey of family growth* de 1995 indico que más del 50 por ciento de las adolescentes habían tenido relaciones sexuales. Aunque la mayoría de las adolescentes más jóvenes no las habían experimentados. Algunas de las adolescentes prefieren una experiencia de coito involuntario; mientras menor sea la edad de inicio de la edad sexual, mayor probabilidad existe que el proceso sea involuntario. Los embarazos en los adolescentes son indeseados en por los menos el 75 por ciento. La mayoría utilizo un método anticonceptivo pero no siempre en forma consistente, correcta y continua.

La edad media de presentación de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en promedio a los 12.8 años. Aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más temprana y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

Los factores del desarrollo contribuyen al riesgo del embarazo no deseado en las adolescentes. Durante el principio y la parte intermedia de la adolescencia, el pensamiento concreto es normal para esa etapa del desarrollo y el “mito personal” y el pensamiento mágico mitigan la realidad de que pudiera producirse un embarazo. Las adolescentes de edad intermedia disfrutan su nuevo cuerpo “adulto”, buscan con frecuencia la aprobación del grupo y se sienten invulnerables. Sin embargo, también cuentan con una mayor movilidad e independencia explicable por la menor presencia y protección de los adultos. Es común que estos factores conduzcan a comportamientos y experimentación peligrosa al conducir vehículos, usar sustancias y mantener actividad sexual. Estos adolescentes son incapaces de anticipar o prevenir las consecuencias de estas actividades en virtud de sus escasos pensamiento astral. Es posible que haya discordancia entre el desarrollo físico,

social, sexual y cognoscitivo de un adolescente en particular. Por tanto, es probable que los adolescentes no cuenten con las habilidades del desarrollo necesario para usar los anticonceptivos en forma efectiva, particularmente porque no se utilizan de modo correcto, definido en término de consistencia y continuidad, produciéndose una falla del 15 al 50 por ciento.[23]

IV.15. Infección por el virus de papiloma humano en la adolescencia

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se presentan con gran frecuencia durante la adolescencia. De los cerca de 15 millones de casos diagnosticados anualmente en los Estados Unidos, alrededor de la cuarta parte (4 millones) corresponden a jóvenes adolescentes.

La infección provocada por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es actualmente la más común entre los jóvenes sexualmente activos y representa un reto de salud pública de la mayor importancia, ya que algunos de estos organismos infectantes son considerados *virus oncogénicos*, responsables de la aparición de *cáncer genital.*

Los VPH tienen afinidad por los genitales y la piel. Los virus que infectan los genitales (aproximadamente 40 de ellos) se dividen en dos grandes grupos: *alto riesgo y riesgo intermedio* en base a su probable asociación con el desarrollo de cáncer.[24]

La infección por VPH es altamente prevalente entre hombres y mujeres sexualmente activos. Estimaciones conservadoras consideran que entre el 10 al 20 por ciento de adultos entre 15 a 49 años (alrededor de 81 millones) tienen evidencia molecular de infección genital por VPH. En el grupo de mujeres jóvenes, la padecen 2 de cada 3.

La infección por VPH no significa cáncer, ya que como cualquier otra infección tiene diferentes grados antes de transformarse en tejido maligno:

1. Lesión Mínima
2. Lesión Moderada
3. Lesión Severa
4. Cáncer cervical invasivo

Uno de los grandes avances en la detección de enfermedades potencialmente malignas es, sin duda, la prueba de Papanicolaou, la que se practica ahora y cada vez más en todo el mundo y se encuentra accesible para todos los estratos socioeconómicos.

La enfermedad parece evolucionar en forma transitoria y en ocasiones desaparece, en el orden del 90 por ciento en un período de 30 meses, solo en adolescentes.

La infección persistente por VPH se considera como un factor determinante en el desarrollo de una lesión premaligna o *cáncer cervicouterino*, de ahí la importancia de la práctica rutinaria del papanicolaou y colposcopia.

En nuestra experiencia personal, en un grupo de 56 pacientes de 15 a 24 años de edad, procedentes de la clínica adolescentes S.C. a quienes se practicó colposcopía rutinaria debido a su deseo de saber si eran o no portadoras de VPH, se encontró que el 54 por ciento presentó una reacción positiva a VPH, confirmada en el 30 por ciento por citología y en el 43 por ciento por histopatología.

Los VPH de *riesgo intermedio* son responsables de la aparición de *verrugas genitales,* conocidas también bajo el rubro de *condiloma acuminata.* Las verrugas pueden aparecer en la vulva, el periné, el área del ano, la vagina o el cervix en las mujeres y en el pene o el escroto en los hombres; frecuentemente son lesiones que pueden causar comezón o dolor.[24]

La apariencia de las verrugas es muy variable, pudiendo lucir con aspecto de «coliflor», de «hongo». Pueden aparecer aisladas o unidas formando placas.

El diagnóstico se basa tanto en la historia clínica (básicamente contactos sexuales sin protección) como en la apariencia de las lesiones a través de la inspección visual directa.

Aunque las verrugas genitales se consideren –en principio- como una proliferación celular «*benigna*», deben ser tratadas ya que las escamas que libera la lesión pueden ser infectantes. Aunado a su apariencia cosmética por demás desagradable.

La enfermedad originada por el VPH puede cursar totalmente *asintomática,* de ahí la necesidad imperiosa de llevar a cabo un examen clínico completo, incluyendo

colposcopía y estudio de papanicolaou de manera rutinaria, particularmente en adolescentes sexualmente activas.

Los varones generalmente son los portadores del VPH, generalmente asintomática o presentar verrugas en el pene, escroto o ano, cuya evolución es generalmente benigna, con tendencia a que desaparezcan espontánea y que sólo de manera excepcional evolucionan hacia la transformación carcinomatosa in situ, lo que se conoce como Enfermedad de Bowen o Eritroplasia de Querat, que afecta básicamente a hombres mayores y de los que se reportan entre 800 a 1200 casos nuevos por año en los EU.[24]

IV.16. Factores de riesgo

Existen una gran serie de circunstancias en la adquisición de ITS en general de tipo biológico, psicológico, social, cultural, emocional.

En primer lugar destaca la importancia del inicio temprano de la actividad sexual coital, factor que se señala desde hace ya varios años pero que ahora se conoce cada vez mejor en cuanto a su relación causa-efecto; la inmadurez hormonal de las adolescentes.

Siempre debe considerarse acompañar la abstinencia con el empleo sistemático del *condón*. La eficacia del preservativo para prevenir la aparición de ITS depende de varios factores como: su integridad física, su no caducidad, su empleo rutinario y correcto, etc. Nadie puede discutir su enorme efectividad en la prevención de la mayoría de las ITS, especialmente Clamidia y VIH. En el caso del VPH pareciera ser que el condón es menos eficaz para reducir el riesgo de su transmisión, aunque definitivamente sí disminuye el número de secuelas como condilomas, displasia cervical y carcinoma cervical. La decisión de emplear o no el condón como método rutinario de prevención de ITS tiene también mucho que ver con factores socio-culturales.[25]

IV.17. Prevención

La enfermedad infecciosa lo constituye la posibilidad e encontrar una *vacuna eficaz*, entendida como una más de las *medidas preventivas* indispensables como

son educación y consejería adecuadas, retraso del inicio de las relaciones sexuales coitales, limitar el número de compañeros sexuales, no fumar, emplear siempre de manera indefectible el condón.

En el momento actual se encuentran vacunas contra los VPH más agresivos, en especial los serotipos 6, 11,16 y 18, con la idea de prevenir de manera primaria la aparición de VPH. Las vacunas se aplican a varones y mujeres a partir de los 9 años, hayan o no iniciado relaciones sexuales. Son tres dosis aplicadas a lo largo de 6 meses.[25]

IV.18. Tratamiento

Según lo requiera la situación particular del paciente, proteger siempre celosamente su privacidad y su intimidad. Después de una discusión informada con el paciente y su médica (o) se revisa el tratamiento de las verrugas anogenitales. La terapia con criocirugía, electro cirugía o por rayo Laser, que debe estar reservada para casos en la lesión por VPH aumenta o se torna sospechosa.[25]

V. HIPÓTESIS

La frecuencia del virus del papiloma humano en embarazadas adolescentes que acudieron al Hospital Regional Juan Pablo Pina es alta.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el periodo que comprende el estudio	Años cumplidos	Ordinal
Procedencia	Lugar demográfica en la que habita normalmente la paciente	Lugar de residencia	Nominal
Nacionalidad	Lugar geográfico de donde procede la paciente	Dominicana Haitiana Otros	Nominal
Estado civil	Condición marital en que convive la paciente	Soltera Casada Unión libre Divorciada	Nominal
Escolaridad	Ultimo grado aprobado a nivel de la escala de escolaridad	Primaria Secundaria Técnico Universitario No grado	Nominal
Número de compañeros sexuales	Número de compañero sexuales para la actividad sexual	1 2 3 4 o más	Ordinal
Edad de inicio de las relaciones sexuales	Edad de la primera relación con penetración	10-13 14-16 17-19	Ordinal
Antecedentes obstétricos	Datos acerca de las experiencias obstétricas de la paciente	No. de embarazos No. de partos No. de cesáreas No. de abortos	Ordinal

Tiempo con la enfermedad	Tiempo que hace se contagio del virus del Papiloma Humano	Menos de 6 meses 6 meses a 1 años Más de 1 año	Ordinal
Tiempo con el tratamiento	Período comprendido desde el inició del tratamiento	Días Meses Años	Ordinal
Frecuencia del tratamiento	Cada cuánto tiempo se administra la dosis del tratamiento	Semanal Quincenal Mensual Anual	Nominal
Modo de obtención de los medicamentos	Forma en que obtiene los medicamentos para su tratamiento	Gratis Cuotas Comprados	Nominal

VII. MATERIAL Y METODOS

VII.1. Tipo de Estudio

Se realizó un estudio prospectivo, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

VII.2. Demarcación geográfica y ámbito de estudio

El estudio tuvo como escenario en el Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018. (Ver anexo mapa cartográfico y vista aérea).

VII.3. Universo

El universo estuvo compuesto por todos los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

VII.4. Muestra

La muestra estuvo constituida por pacientes con diagnóstico de virus del papiloma los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

.

VII.5. Criterios

VII.5.1. De inclusión

1. Estudiantes del bachillerato de 3ero y 5to.
2. Estudiantes con conocimiento del virus del papiloma humano
3. Estudiantes que asistieron durante el periodo de estudio

VII.5.2. De exclusión

1. Estudiantes que no se encontraban al momento del estudio.
2. Estudiantes que se negaron a participar en el estudio.

VII.6. Instrumento de recolección de datos

La recolección de la información se realizó a través de una encuesta aplicada a los de estudiantes donde fueron evaluadas todas las preguntas abiertas y cerradas, por la sustentante.

VII.7. Procedimiento.

La investigación se llevara a cabo de la siguiente manera: la sustentante de la tesis se encargó de recopilar los datos, basados en el protocolo estandarizado descrito, utilizando como fuente de información fue a través de la encuesta aplicada a los estudiantes elegido de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión ya establecidos, en el período enero-junio 2018.

VII.8. Tabulación

Los datos obtenidos en la presente investigación fueron sometidos a revisión para su procesamiento y tabulación.

VII.9. Análisis

Los datos obtenidos en el estudio se presentaron en frecuencia simple.

VII.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de pacientes participantes fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis tomada de otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VIII. RESULTADOS

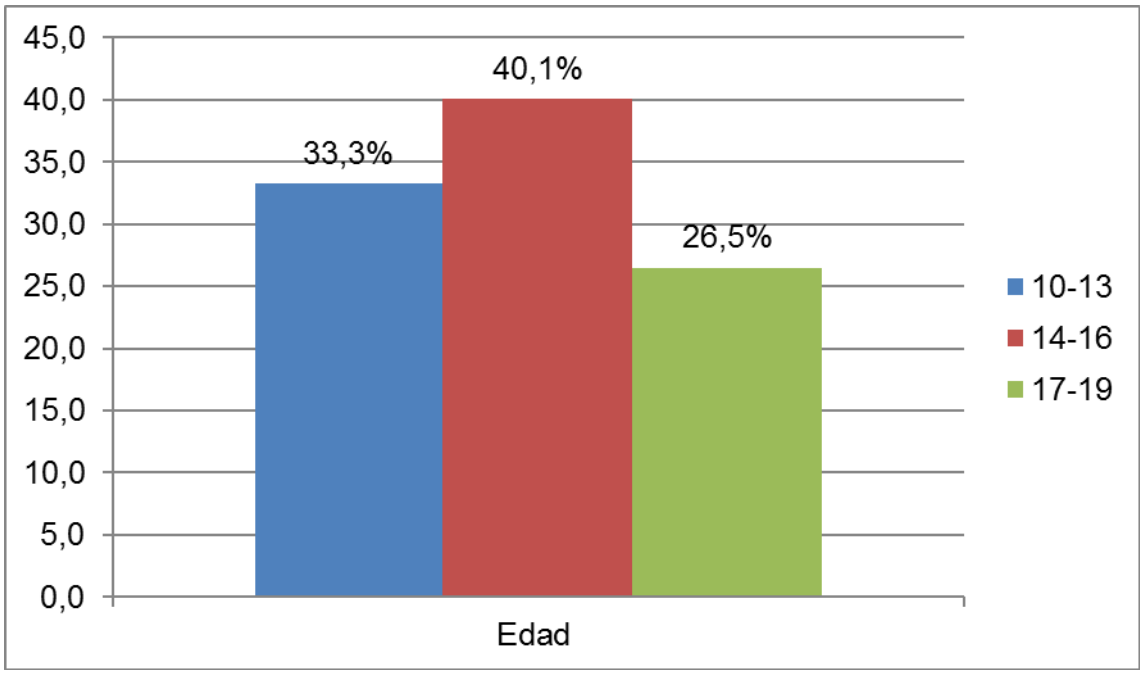
Cuadro 1. Nivel de conocimiento y actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to del Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

Edad	Frecuencia	%
10-13	64	33.3
14-16	77	40.1
17-19	51	26.5
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 40.1 por ciento de los estudiantes con nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano tenían una edad de 14-16 años, el 33.3 por ciento de 10-13 años y el 26.5 por ciento de 17-19 años de edad.

Gráfico 1. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.



Fuente: Cuadro 1.

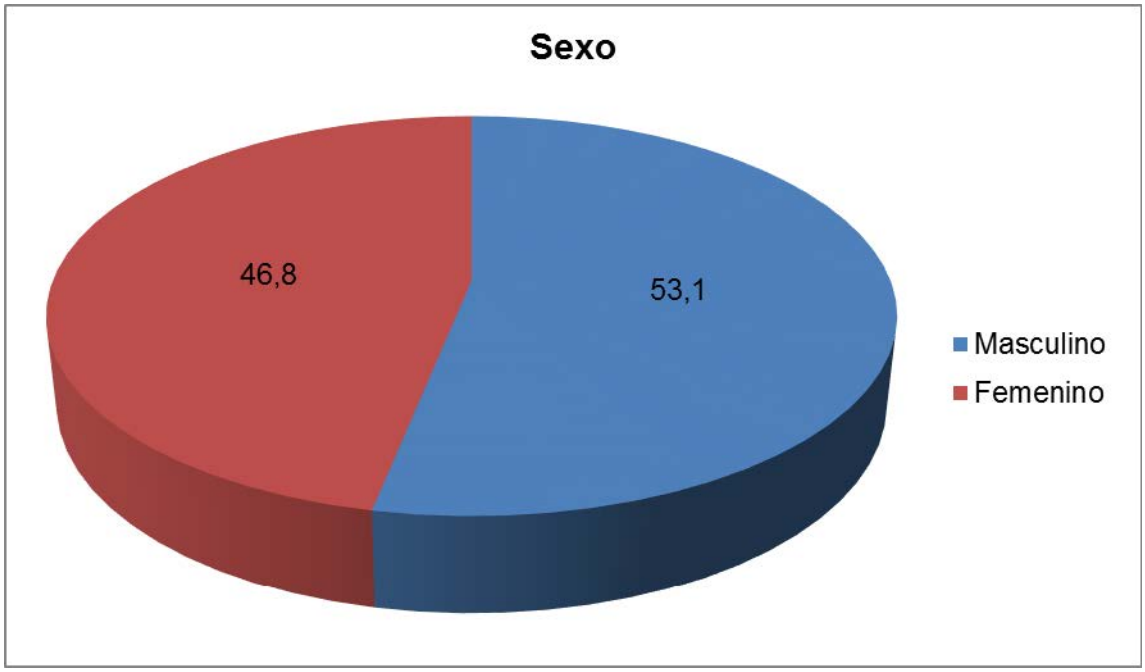
Cuadro 2. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018. Según sexo

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	102	53.1
Femenino	90	46.8
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 53.1 por ciento de los estudiantes eran del sexo masculino y el 46.8 por ciento femenino.

Gráfico 2. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según sexo.



Fuente: Cuadro 2.

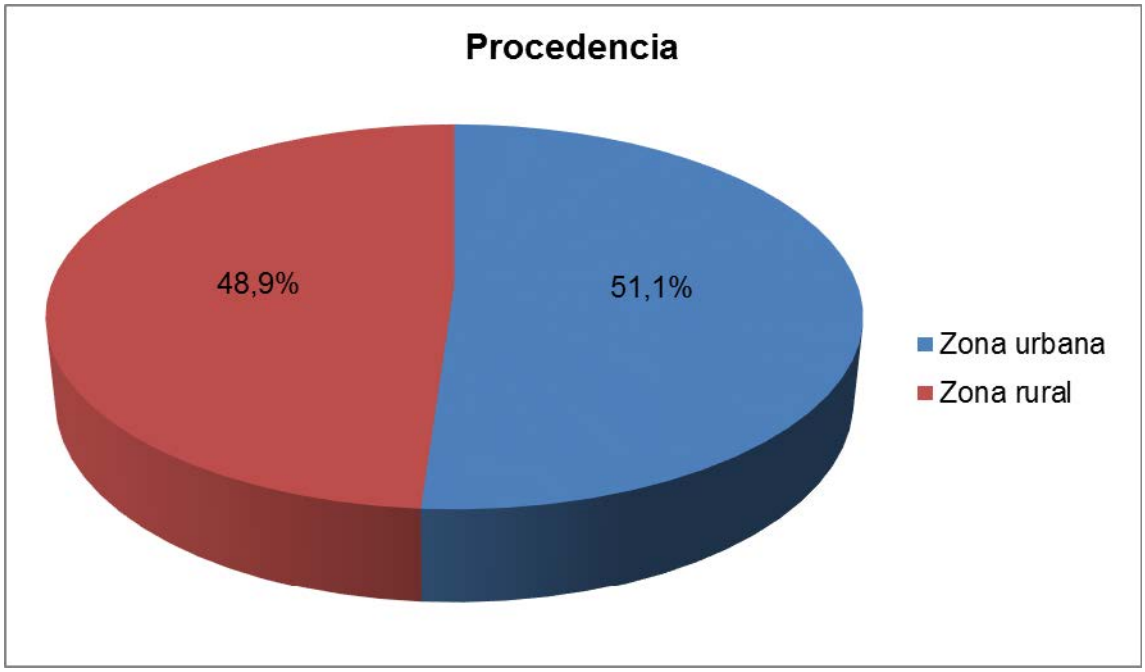
Cuadro 3. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según procedencia

Procedencia	Frecuencia	%
Zona urbana	98	51.1
Zona rural	94	48.9
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 51.1 por ciento de los estudiantes procedían de la zona urbana y el 48.9 de la zona rural.

Gráfico 3. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según procedencia



Fuente: Cuadro 3.

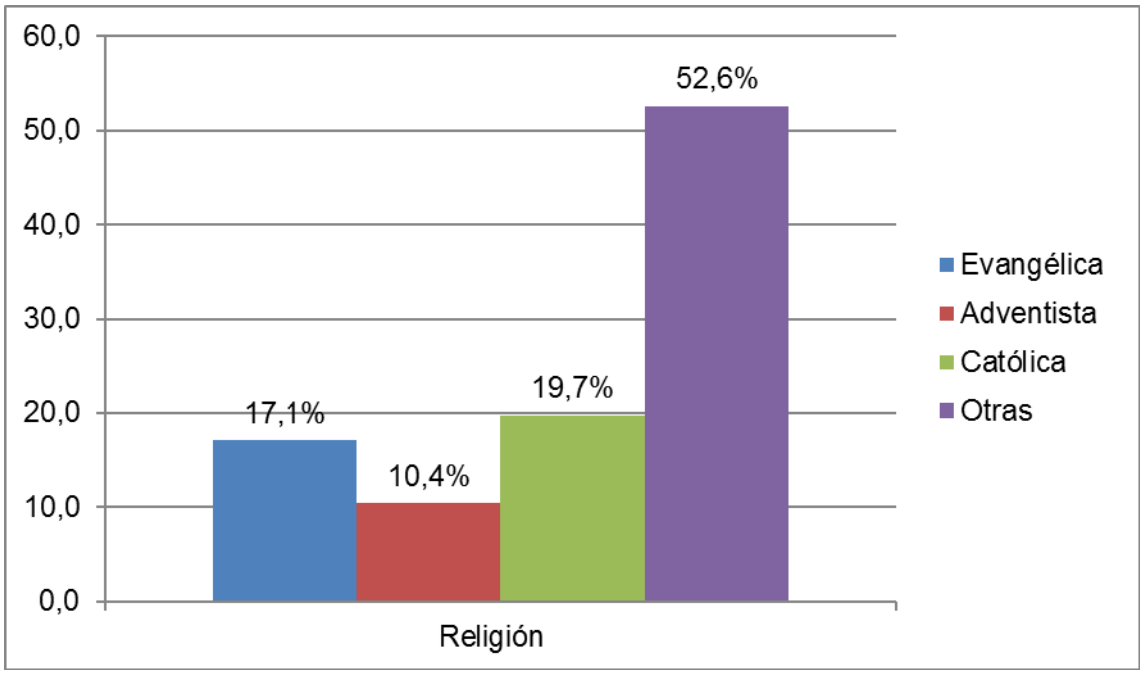
Cuadro 4. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según religión

Religión	Frecuencia	%
Evangélica	33	17.1
Adventista	20	10.4
Católica	38	19.7
Otras	101	52.6
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 52.6 por ciento de los estudiantes según su religión fueron otras, el 19.7 por ciento católica, el 17.1 por ciento evangélica y el 10.4 por ciento adventista.

Gráfico 4. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según religión



Fuente: Cuadro 4.

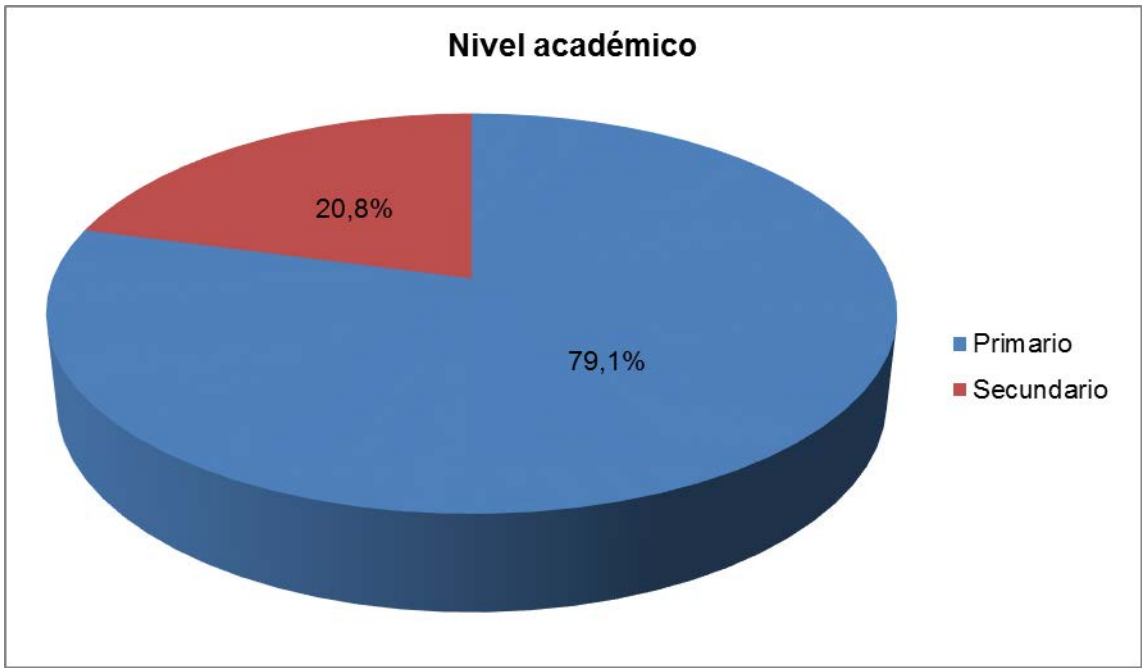
Cuadro 5. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según nivel académico

Nivel académico	Frecuencia	%
Primario	152	79.1
Secundario	40	20.8
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 79.1por ciento de los estudiantes según su nivel académico fue primario y el 20.8 por ciento secundario.

Gráfico 5. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según nivel académico



Fuente: Cuadro 5.

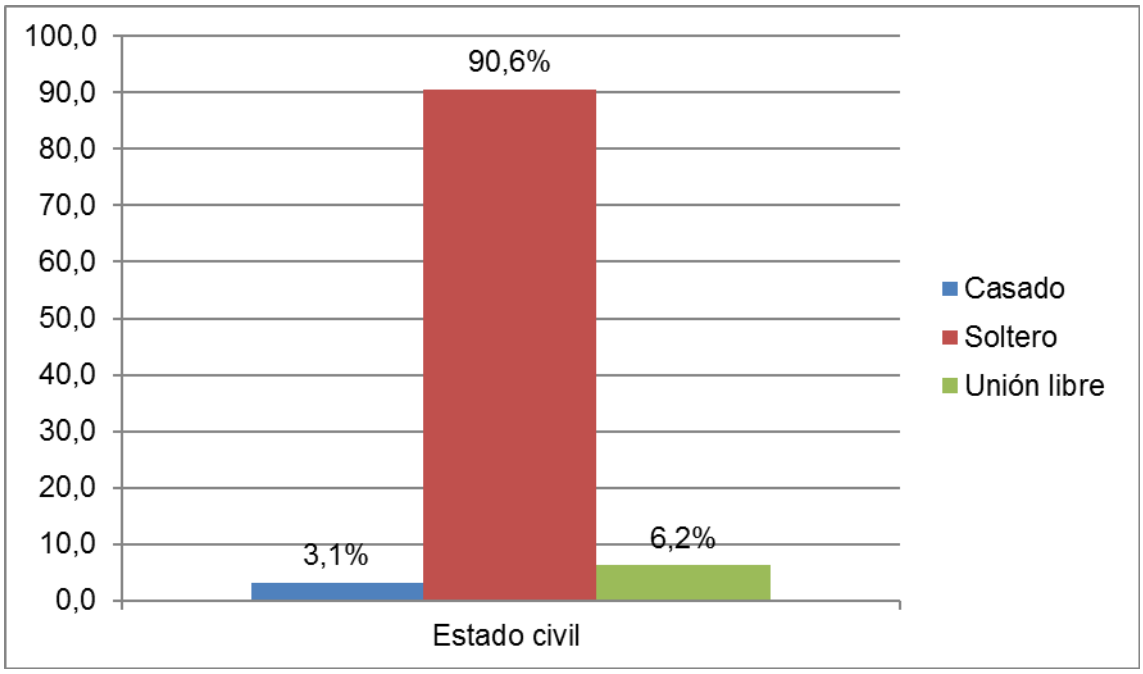
Cuadro 6. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según estado civil

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	6	3.1
Soltero	174	90.6
Unión libre	12	6.2
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 90.6 por ciento de los estudiantes eran soltero, el 6.2 por ciento unión libre y el 3.1 por ciento casado.

Gráfico 6. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según estado civil



Fuente: Cuadro 6.

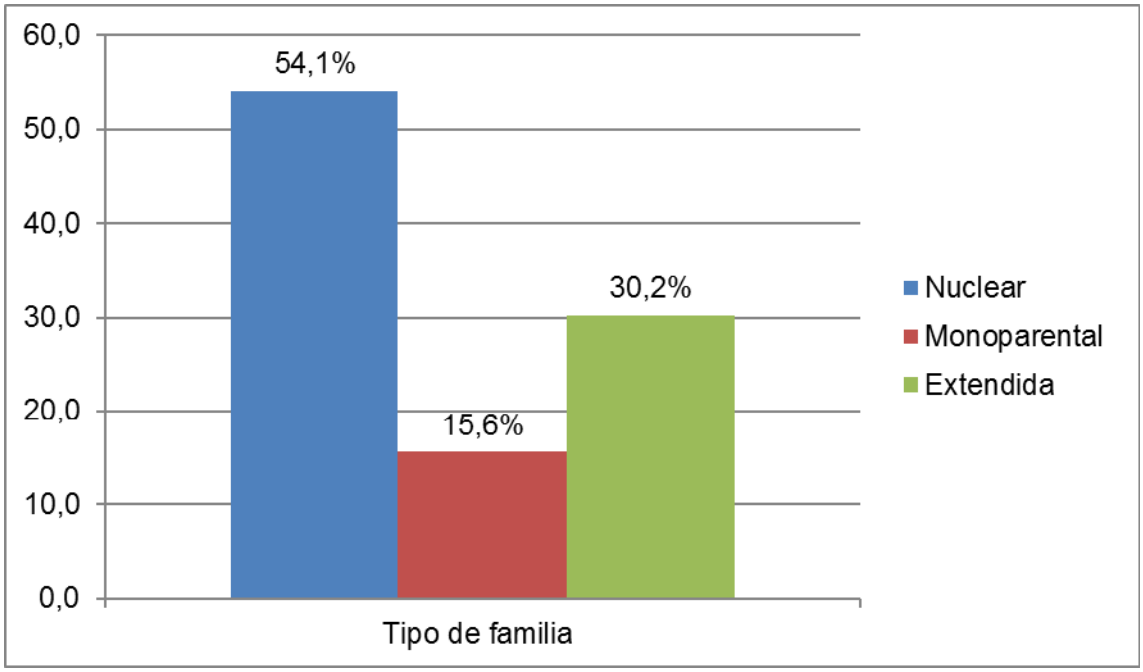
Cuadro 7. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según tipo de familia

Tipo de familia	Frecuencia	%
Nuclear	104	54.1
Monoparental	30	15.6
Extendida	58	30.2
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 54.1 por ciento de los estudiantes según su tipo de familia fue nuclear, el 30.2 por ciento extendida y el 15.6 por ciento monoparental.

Gráfico 7. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to d Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según tipo de familia



Fuente: Cuadro 7.

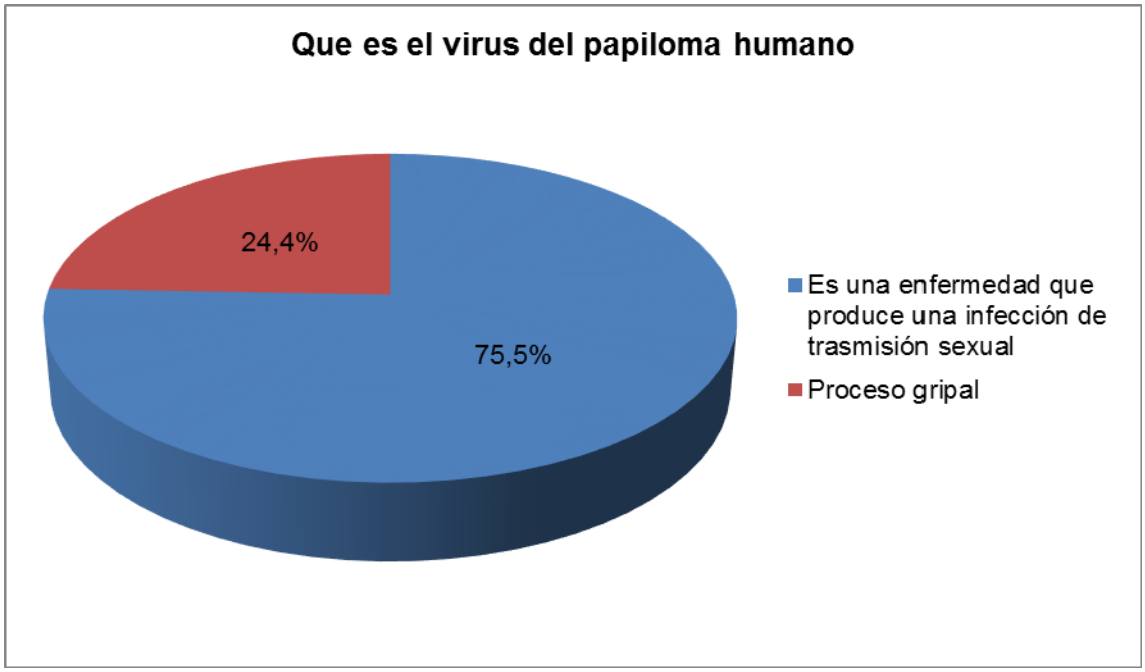
Cuadro 8. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según que es el virus del papiloma humano.

Que es el virus del papiloma humano	Frecuencia	%
Es una enfermedad que produce una infección de trasmisión sexual	145	75.5
Proceso gripal	47	24.4
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 75.5 por ciento de los estudiantes respondió que el virus del papiloma humano es una enfermedad que produce una infección de trasmisión sexual y el 24.4 por ciento por proceso gripal.

Gráfico 8. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según que es el virus del papiloma humano.



Fuente: Cuadro 8.

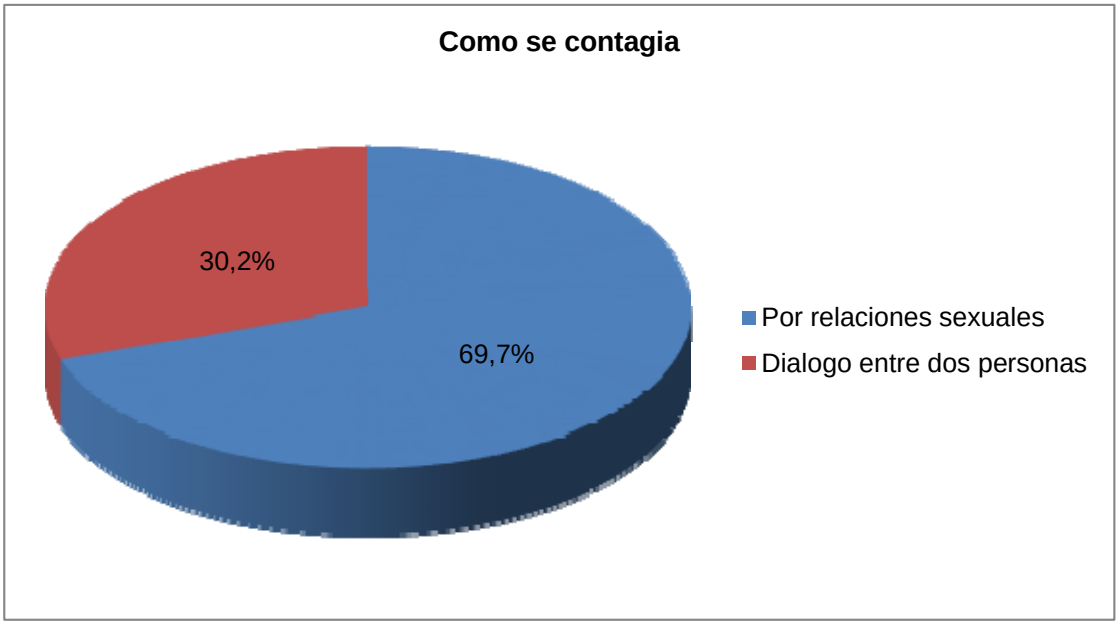
Cuadro 9. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según como se contagia.

Como se contagia	Frecuencia	%
Por relaciones sexuales	134	69.7
Dialogo entre dos personas	58	30.2
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 69.7 por ciento de los estudiantes respondió que el virus del papiloma humanos se contagia por relaciones sexuales, el 30.2 por ciento por dialogo entre dos personas.

Gráfico 9. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según como se contagia.



Fuente: Cuadro 9.

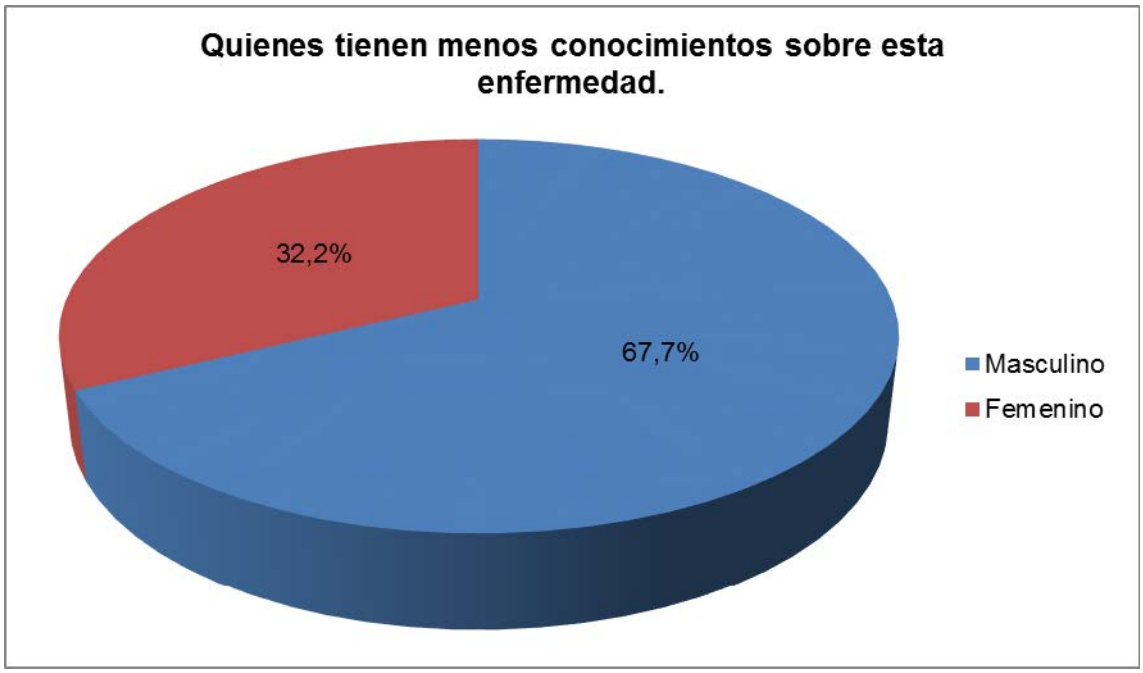
Cuadro 10. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según quienes tienen menos conocimientos sobre esta enfermedad.

Quienes tienen menos conocimientos sobre esta enfermedad.	Frecuencia	%
Masculino	130	67.7
Femenino	62	32.2
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 67.7 por ciento de los estudiantes respondieron que el sexo masculino tiene menos conocimiento sobre la enfermedad y el 32.2 por ciento femenino.

Gráfico 10. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según quienes tienen menos conocimientos sobre esta enfermedad.



Fuente: Cuadro 10.

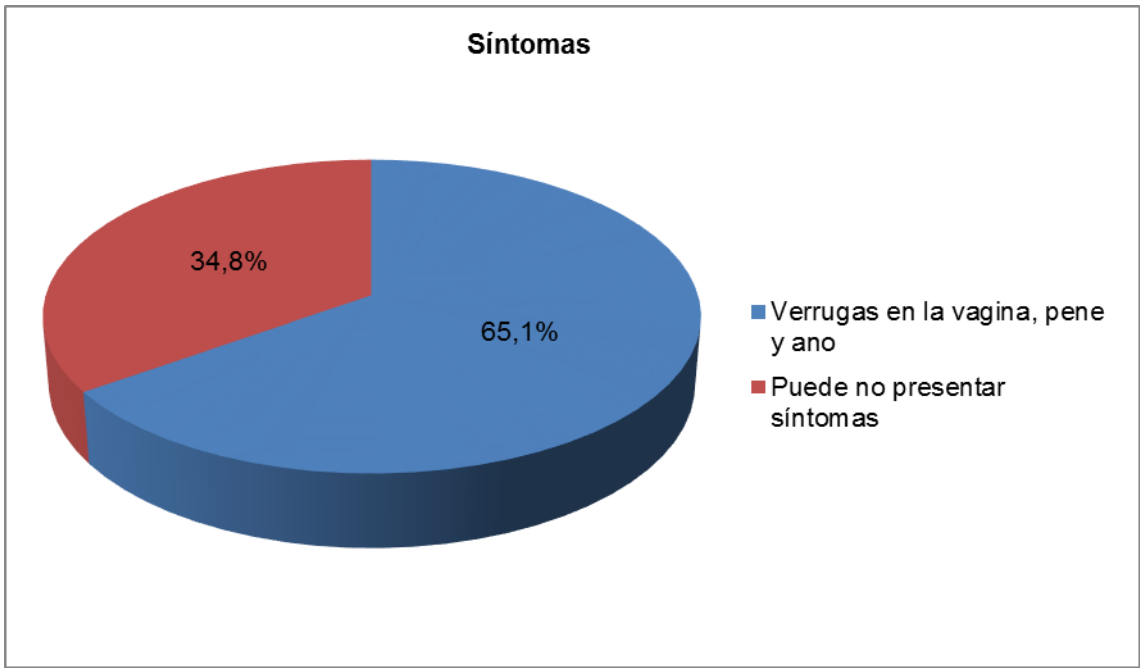
Cuadro 11. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según síntomas

Síntomas	Frecuencia	%
Verrugas en la vagina, pene y ano	125	65.1
Puede no presentar síntomas	67	34.8
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 65.1 por ciento de los estudiantes respondió que los síntomas son Verrugas en la vagina, pene y ano y el 34.8 por ciento puede no presentar síntomas

Gráfico 11. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según síntomas



Fuente: Gráfico 10.

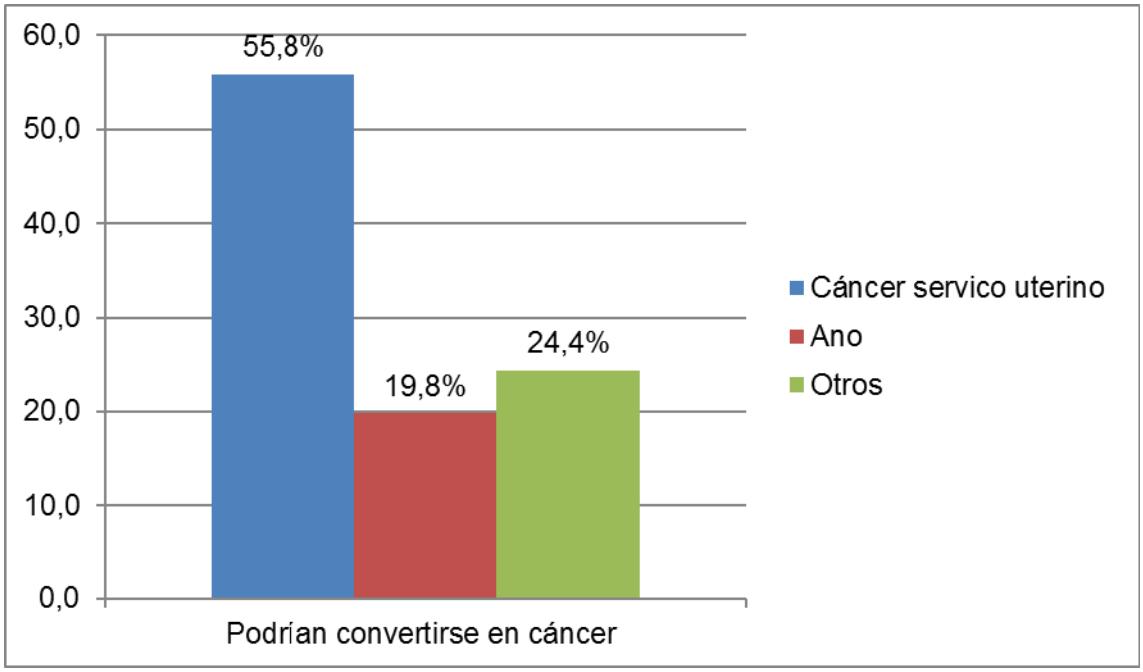
Cuadro 12. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to, Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según podrían convertirse en cáncer

Podrían convertirse en cáncer	Frecuencia	%
Cáncer servico uterino	107	55.8
Ano	38	19.8
Otros	47	24.4
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 55.8 por ciento de los estudiantes respondieron que el servicio uterino podría convertirse en cáncer, el 24.4 por ciento otros y el 19.8 por ciento Ano.

Gráfico 12. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según podrían convertirse en cáncer



Fuente: Cuadro 12.

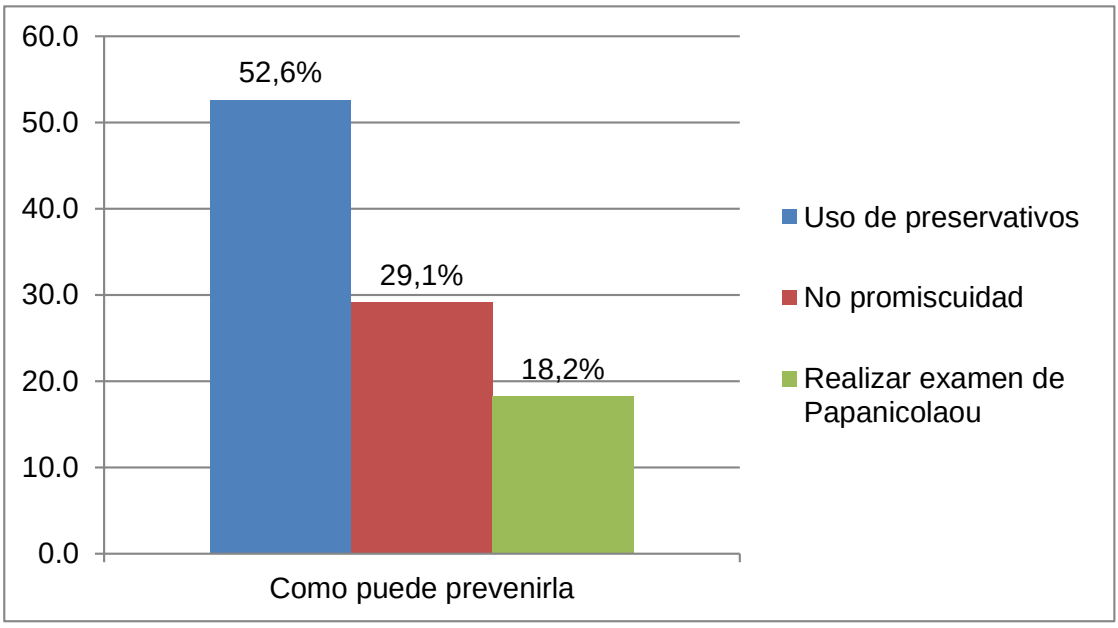
Cuadro 13. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según cómo puede prevenirla.

Como puede prevenirla	Frecuencia	%
Uso de preservativos	101	52.6
No promiscuidad	56	29.1
Realizar examen de Papanicolaou	35	18.2
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 52.6 por ciento de los estudiantes respondió que el uso de preservativo puede prevenir el virus del papiloma humano, el 29.1 por ciento no promiscuidad y el 18.2 por ciento realizar examen de Papanicolaou.

Gráfico 13. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según cómo puede prevenirla.



Fuente: Cuadro 13.

Cuadro 14. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según ha visitado algún ginecólogo o urólogo

A visitado algún ginecólogo o urólogo	Frecuencia	%
Si	16	8.3
No	176	91.6
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 91.6 por ciento de los estudiantes si ha visitado algún ginecólogo o urólogo y el 91.3 por ciento no visitaron.

Gráfico 14. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to, según ha visitado algún ginecólogo o urólogo

Fuente: Cuadro 14.

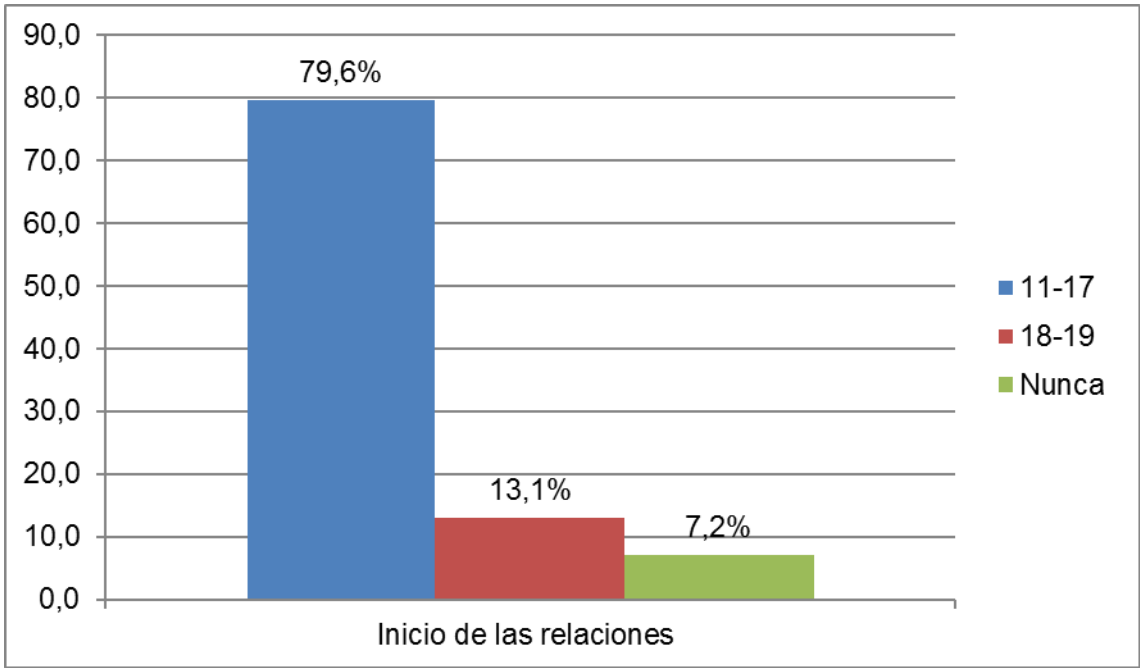
Cuadro 15. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según a qué edad inicio las relaciones sexuales.

Inicio de las relaciones	Frecuencia	%
11-17	153	79.6
18-19	25	13.1
Nunca	14	7.2
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 79.6 por ciento de los estudiante según su inicio de las relaciones fue 11-17, el 13.1 por ciento de 18-19 y el 7.2 por ciento nunca.

Gráfico 15. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según a qué edad inicio las relaciones sexuales.



Fuente: Cuadro 15.

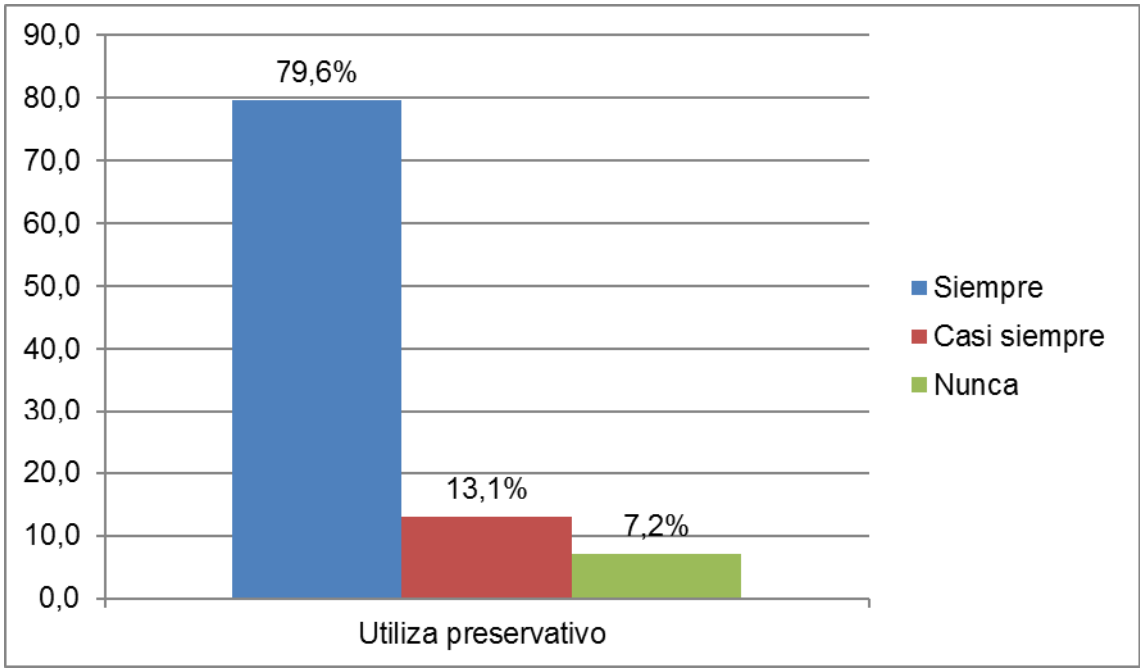
Cuadro 16. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según utiliza preservativo.

Utiliza preservativo	Frecuencia	%
Siempre	153	79.6
Casi siempre	25	13.1
Nunca	14	7.2
Total	192	100.0

Fuente: Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018.

El 79.6 por ciento de los estudiantes siempre utiliza preservativo, el 13.1 por ciento casi siempre y el 7.2 por ciento nunca.

Gráfico 16. Nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano que tienen los estudiantes de bachiller de 3ero y 4to Centro Educativo Marcos Castañer Fe y Alegría, en el período enero-junio 2018, según utiliza preservativo



Fuente: Cuadro 16

IX. DISCUSIÓN

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a realizar las comparaciones de estudios del nivel conocimiento del virus del papiloma humano (VPH) en adolescentes.

El 40.1 por ciento de los estudiantes con nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano tenían una edad de 14-16 años; en un estudio realizado por Karina Angélica Guartatanga en el Colegio Javeriano de la Parroquia Sayausi. Cuenca, 2015, donde el 35.3 por ciento de los estudiantes con nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano tenían una edad de 14-16 años.

El 58.0 por ciento de las pacientes tenían conocimiento medio sobre el virus del papiloma humano, el 26.0 por ciento alto y el 16.0 por ciento bajo; corroborando en un estudio realizado por Valdez E., en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, Perú, en el año 2015, cuyos resultados fueron que el nivel de conocimiento respecto a la infección del virus papiloma humano es medio con un 69.4 por ciento;[36] sin embargo difiere un estudio realizado por Magaly Ortunio C., *et al,* en la Universidad de Carabobo, Venezuela, en el año 2014, donde los estudiantes tenían un conocimiento alto sobre el virus del papiloma humano con un 56.2 por ciento.[37]

El 73.0 por ciento de las pacientes tenían de 17-19 años; semejante a un estudio realizado por María Noel Brizuela, en la Universidad Abierta Interamericana, Argentina, en el año 2013, las pacientes tenían de 16-19 años con un 51.0 por ciento;[38] en otro estudio realizado por R. Contreras González, *et al,* en la Universidad Autónoma de Querétaro, México, en el año 2016, el 40.5 por ciento de los adolescentes tenían 17 años.[41]

El 72.0 por ciento de las pacientes cursaron hasta la secundaria; semejándose a un estudio realizado por Gisela Mayra Bustamante Ramos, *et al,* México, en el año 2015, el nivel con mayor número de participantes fue hasta la secundaria con un 38.1 por ciento.[39]

El 71.0 por ciento de las pacientes estaban en unión libre; por lo que difiere a un estudio realizado por Luis Francisco Sánchez Anguiano, *et al,* México, en el año 2013, un 69.0 por ciento estaba casada, seguido de un 14.0 por ciento que vivían en unión libre.[40]

El 72.0 por ciento de las pacientes tenían de 14-16 años al momento de su primera relación sexual; corroborándose con un estudio realizado por R. Contreras González, *et al,* en la Universidad Autónoma de Querétaro, México, en el año 2016, donde el 18.0 por ciento tenían 15 años al momento del inicio de las relaciones sexuales.[41]

El 46.0 por ciento de las pacientes tenían 1 pareja sexual; corroborando con un estudio realizado por R. Contreras González, *et al,* en la Universidad Autónoma de Querétaro, México, en el año 2016, han tenido de 1 pareja sexual.[41]

El 80.0 por ciento de las pacientes tienen vida sexual activa; semejante a un estudio realizado por R. Contreras González, *et al,* en la Universidad Autónoma de Querétaro, México, en el año 2016, el 77.6 por ciento han confirmado tener relaciones sexuales actualmente.[41]

X. CONCLUSIONES

1. El 40.1 % de los estudiantes con nivel de conocimiento actitudes sobre el virus del papiloma humano tenían una edad de 14-16 años.
2. El 53.1 % de los estudiantes eran del sexo masculino.
3. El 51.1 % de los estudiantes procedían de la zona urbana.
4. El 52.6 % de los estudiantes según su religión fueron otras.
5. El 79.1 % de los estudiantes según su nivel académico fue el de 3ro de bachiller.
6. El 90.6% de los estudiantes eran soltero.
7. El 54.1 % de los estudiantes según su tipo de familia fue nuclear.
8. El 75.5% de los estudiantes respondió que el virus del papiloma humano es una enfermedad que produce una infección de trasmisión sexual.
9. El 69.7% de los estudiantes respondió que el virus del papiloma humano se contagia por relaciones sexuales.
10. El 67.7% de los estudiantes respondieron que el sexo masculino tiene menos conocimiento sobre la enfermedad.
11. El 65.1 % de los estudiantes respondió que los síntomas son Verrugas en la vagina, pene y ano.
12. El 55.8% de los estudiantes respondieron que el Virus Papiloma Humano podría convertirse en cáncer.
13. El 52.6 % de los estudiantes respondió que el uso de preservativo puede prevenir el virus del papiloma humano.
14. El 91.6 % de los estudiantes no han visitado algún ginecólogo o urólogo.
15. El 79.6 % de los estudiantes según su inicio de las relaciones fue 11-17 años.
16. El 79.6 % de los estudiantes siempre utiliza preservativo.

XI. RECOMENDACIONES.

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a:

- A la Dirección Provincial de salud, facilitar el material educativo para promover la promoción y prevención sobre el virus del papiloma humano y la vacunación continua del VHP a la población vulnerable(adolescentes).
- Realizar talleres de enseñanza sobre el VPH, para profesionales de la salud (Médicos-Familiares, ginecobstetras, Medicos-generales, enfermeras, promotores de salud entre otros) para que a su vez impartan los conocimientos adquiridos a las adolescentes y a la comunidad correspondiente al centro de estudio.
- A las unidades de atención primarias correspondiente a la zona donde esta situada el centro educativo en estudio fomentar la prevención del VPH a través de charlas educativas en centro en y en la comunidad correspondiente.
- Promover campañas educativas, charlas, conferencias y seminarios sobre el virus del papiloma humano, que contribuyan a la masificación del conocimiento sobre el VPH y sus consecuecias, y así minimizar los índices epidemiológicos sobre infección.
- Distribuir material educativo didáctico y audiovisual adecuado, que capte la atención de las adolescentes y enfatice en información sobre el virus del papiloma humano.
- Charlas educativas dirigidas al personal del centro educativo y padres de los alumnos.
- Fomentar el uso de preservativos para la prevencion y disminucion de enfermedades de transmision sexual.

XII. REFERENCIAS

1. Sánchez, V, Valencia, G, A Marlenys, Perspectivas en la detección y control del virus de papiloma humano. Bioanális: revista de la Escuela de Bacteriología y Laboratorio Clínico de la Universidad de Antioquia, 2012 Vol. 1, N° 1.
2. Kaufman, Rh, Adam, E and Vonka, V, Human Papillomavirus infection and cervical carcinoma.Clinical Obstretics and Gynecology 2016;43(2): 363 - 380.
3. NHSCSP Publications. Technical External Quality Assessment (EQA) Working Group. External quality assessment scheme for the evaluation of Papanicolaou staining in cervical cytology. Protocol and Standard Operating procedures. NHSCSP Publication No 19. February 2014.
4. Agurto I, Sandoval J, De la Rosa M, Guardado ME. Improving cervical cáncer prevention in a developing country. International Journal of Quality in Health Care 2017; Vol. 18 issue 3.
5. Nauth HF. Citodiagnóstico Ginecológico. Primera edición, Buenos Aires, Médica Panamericana, 2004. pp 3-5,238.
6. Varios, Virus del papiloma humano en mujeres quechuas jujeñas con alta frecuencia de cáncer de cuello uterino. Tipos virales y variantes de hpv 16. *Medicina* (Buenos Aires) 2002; 62: 209 - 220.
7. Ahued R, Fernández C, Bailon R. Ginecología y obstetricia aplicada. 2da. Ed. Manual moderno; 2002: 755 – 756
8. Moreira Del Barcos H. Frecuencia del virus del papiloma humano durante el embarazo en mujeres de 15 a 25 años atendidas en la Maternidad Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013. [Tesis] Guayaquil, Ecuador. 2013
9. Roland K, Soman A, Bernard V [et al]. Human papillomavirus and Papanicolaou test screening interval recommendations in the United States. Am J Obstet Gynecol 2011; 205 (447) (18 ed.)
10. Pineda Armijos V. Conocimientos y actitudes preventivas sobre el virus del papiloma humano en estudiantes de derecho de la Universidad Nacional de Loja. [Tesis] Loja, Ecuador. Universidad Nacional de Loja. 2016

11. Cánova Valverde F., Gonzales Zevallos A., Zambrano Cruz M. Capacidades de cuidado de las madres sobre el virus del papiloma humano en niñas del 4to y 5to grado de primaria de la institución educativa 3056 “Gran Bretaña” Independencia -2014 [Tesis] Lima, Perú. 2016
12. Jaled M, Moreno C, Virus papiloma humano: clínica y terapéutica. Educación médica continua, Argentina: Hospital de Infecciosas F.J. Muñiz Caba; 2010; 16 (1): 103 – 106. [Consultada el 01 de Noviembre 2016] Disponible en: http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/viewFile/561/265.
13. Hernández L., Padilla S., Quintero M. Factores de riesgo en adolescentes para contraer el Virus del Papiloma Humano. Rev. Digit. Univ. 2012;13: 1–16.
14. Torres Pantoja J. Conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes en la prevención del contagio de virus papiloma humano. Unidad Educativa La Libertad. 2014 -2015. [Tesis] La Libertad, Ecuador. 2015
15. Caudillo H., Cerna M. Sexualidad y vida humana. Biblioteca Francisco Clavigero. México: Editorial Universidad Iberoamericana; 2007
16. González E., Guerra T., Infección genital por papovirus. Manual y atlas de las enfermedades de la vulva. Actualizaciones el médico. Editorial Glosa, S.L; 2007
17. Carrera R., Xercains J., Checa M [*et al*]. Virus del papiloma humano y cáncer de cuello de útero. Capítulo 2: Papel de la papilomatosis en la carcinomatosis cervical. Editorial Médica Panamericana; 2007.
18. Rivas Suarez L, Virus de papiloma humano y cáncer de cuello de útero. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Revista en Internet] 2012; (601): 129 - 132. [Consultado el 20 de Noviembre 2016] Disponible en: http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/601/art6.pdf
19. González Bosquet J, Casanova A, Rovirosa C. Capítulo 3: Cáncer de vulva Ginecología oncológica. 2da. Ed. Madrid: Masson S.A, 2012; 43 – 44
20. UNICEF. Tablas Estadísticas. Adolescentes. En: UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2012. Niñas y niños en un mundo urbano. Fondo de las Naciones Unidas, New York, 2012: 130-3.

21. World Health Organization. Sixty fourth world health assembly. Youth and health risks. A64/25, 28 de Abril, 2011.
22. World Health Organization. Young people: health risks and solutions. Fact sheet 345, August, 2011.www.who.int/mediacenter/factsheets/fs345/en/
23. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Fact sheet 364. May, 2012.www.who.int/mediacenter/factsheets/fs364/en/index.html
24. Lira-Plascencia J, Oviedo-Cruz H, Simón-Pereira L, Dib-Schekaiban C, Grosso-Espinosa JM, Ibargüengoitia-Ochoa F et al. Análisis de los resultados perinatales de los primeros cinco años del funcionamiento de una clínica de atención para adolescentes embarazadas. Ginecol Obstetr Mex 2006; 74: 241-6.
25. García H, Avendaño-Becerra NP, Islas-Rodríguez MT. Morbilidad neonatal y materna en mujeres adolescentes y adultas. Rev Invest Clin 2008; 60: 94-100.

XIII. ANEXOS

XIII.1. Cronograma

Variables	Tiempo:2019	
Selección del tema	2 0 19	Enero
Búsqueda de referencias		Enero
Elaboración del anteproyecto		Febrero
Sometimiento y aprobación		Marzo
Recolección de los datos		
Tabulación y análisis de la información		Abril
Redacción del informe		
Revisión del informe		Mayo
Encuadernación		Junio
Presentación		Junio

XIII.2. Instrumento de recolección de datos

NIVEL DE CONOCIMIENTO ACTITUDES SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES DE BACHILLER DE 3ERO Y 4TO CENTRO EDUCATIVO MARCOS CASTAÑER FE Y ALEGRÍA, EN EL PERÍODO ENERO-JUNIO 2018.

Formulario_____

1. Edad materna: 10-13 años___ 14-16 años____ 17-19 años____

2. Sexo: Masculino_____ Femenino____

3. Procedencia:_____

4. Religión: Evangélica___ Adventista___ Católica__ Otras___

5. Nivel académico: Primario___ Secundario___

6. Estado civil: Casado___ Soltero___ Unión libre___

7. Tipo de familia:_____ Nuclear___ Monoparental___ Extendida___ Homoparental___

1. ¿Qué es el virus del papiloma humano?

a) Es una enfermedad que produce una infección de transmisión sexual.

b) Proceso gripal

2. ¿Cómo se contagia?

a) Por relaciones sexuales

b) Dialogo entre dos personas.

3. ¿Quiénes tienen menos conocimiento sobre esta enfermedad?

a) Masculino

b) Femenino

4. ¿Cuáles son los síntomas?

a) Verrugas en la vagina, pene y ano.

b) Puede no presentar síntomas

5) ¿Se podrían convertirse en cáncer?

a) Ano

b) Otros

6) ¿Cómo puede prevenirla?

a) Uso de preservativos

b) No promiscuidad

c) Realizar examen de Papanicolaou

7. ¿A visitado algún ginecólogo o urólogo?

a) Si

b) No

8. ¿A qué edad inicio las relacionadas sexuales?

a) 11-17

b) 18-19

9) ¿Utiliza preservativo?

a) Siempre

b) Casi siempre

c) Nunca

XIII.3. Costos y recursos

XIII.3.1. Humanos			
• 1 sustentante		10,000	20,000
• Dos asesores			
• Personal medico calificado en número de cuatro			
• Personas que participaron en el estudio			
XIII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	80.00	240.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	540.00
Lápices	2 unidades	3.00	36.00
Borras	2 unidades	4.00	24.00
Bolígrafos	2 unidades	3.00	36.00
Sacapuntas	2 unidades	3.00	18.00
Computador Hardware:			
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x			
Impresora HP 932c			
Scanner: Microteck 3700			
Software:			
Microsoft Windows XP			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Omnipage Pro 10			
Dragon Naturally Speaking			
Easy CD Creator 2.0			
Presentación:			
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	600.00	1,200.00
Calculadoras	2 unidades	75.00	150.00
XIII.3.3. Información			
Adquisición de libros		5,000	5,000
Revistas		500	500
Otros documentos		150	150
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)		100	100
XIII.3.4.. Económicos			
Papelería (copias)	1200 copias	1.00	1200.00
Encuadernación	12 informes	250.00	3000.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Imprevistos			2,000.00
		Total	$63,574.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubierto por la sustentante.

XIII.4. Evaluación.

Sustentante:

_____

Dra. Altagracia Pinales La Paz

Asesores:

_____ _____

Dra. Concepción A. Sierra (Clínica)

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológico)

Jurado:

_____ _____

_____

Autoridades:

_____ _____

Dr. Ervin David Jiménez
Coordinador de Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

Dra. Iris Margarita Paula
Jefa de Departamento

_____

Dra. Concepción A. Sierra
Jefa de Enseñanza

_____ _____

Dra. Claridania Rodríguez

Dr. José Asilis Zaiter
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____