



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

TESINA

TÍTULO DEL TRABAJO

**PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN POBLACIÓN EXPUESTA.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

GILA ESTHER SOSA QUINTERO

DIRECTORA DEL TRABAJO ESCRITO

MTRA. NORMA FLORES GAYTAN

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX.

2016



SECRETARIA DE SALUD



AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Papel del Profesional de Enfermería en la
Prevención de la Infección por Virus del Papiloma Humano en Población Expuesta

Elaborado por:

- | | | | | | |
|----|------------------|-----------------|--------------------|-----------------|------------------|
| 1. | <u>Sosa</u> | <u>Quintero</u> | <u>Gila Esther</u> | Núm. de cuenta: | <u>090046227</u> |
| 2. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Apellido paterno | Materno | Nombre | Núm. de cuenta | |

Alumna (s) de la carrera de: Licenciada en Enfermería y Obstetricia
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

México D. F., a 15 de junio de 2016

Nombre y firma del Asesora

Mtra. Norma Flores Gaytan

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera

Lic. Enf. Silvia Vega Hernández



Secretaría de Salud del Distrito Federal

Escuela de Enfermería

DIRECCIÓN
CLAVE 3095

AGRADECIMIENTOS

Primeramente y ante todo a DIOS, que todos los días de mi vida ha estado conmigo.

A mi esposo, quien incondicionalmente su apoyo fue el eje para el inicio y conclusión de este proyecto.

AMIGOS

A todas las personas que con su confianza y aliento, me facilitaron el camino para poder superar los obstáculos que se presentaron durante el desarrollo de la profesión. Por ello quisiera expresar mi gratitud.

A MIS PROFESORES

Que siempre están presentes en mi formación y han permitido madurar mi criterio basado en la evidencia científica y sobre todo aplicándola en la práctica profesional.

A MIS ASESORAS

Maestra Norma Flores Gaytan y Lic. Enf. Silvia Vega Hernández asesoras de mi tesina quien con su aliento para continuar en mi investigación permitió superar las dificultades presentadas, así como sus amplios conocimientos sin los cuales no hubiera podido realizar la culminación del mismo.

A los jurados, quienes con cada unas de sus preguntas, retroalimentarán y reforzarán el conocimiento.

ÍNDICE

Tema	Página
1.Introducción	1-3
2.Justificación	4-5
3.Objetivos	6
3.1 General	6
3.2 Específicos	6
4.Marco Teórico	7-73
4.1 Antecedentes Históricos	7-9
4.2 Panorama epidemiológico de la infección por VPH	9-13
4.3 Anatomía y Fisiología del aparato genital femenino	13-21
4.4 Anatomía y Fisiología del aparato genital masculino	21-25
4.5 Histología y Citología de la vagina y exocervix	25
4.6 Histología y Citología de endocervix	25
4.7 Sistema Endócrino	26-27
4.8 Virus del Papiloma Humano (VPH)	28-29
4.8.1 Infección por VPH en la mujer	29-30
4.8.2 Infección por VPH en el hombre	31
4.8.3 Historia Natural de la Infección por VPH	31-35
4.8.4 Genotipificación	35
4.8.5 Factores de Riesgo para la infección por VPH	37-46
4.8.6 Patogenia	46-48
4.8.7 Diagnóstico de la infección por VPH en mujeres	48-54
4.8.8 Diagnóstico de la infección por VPH en hombres	54-56
4.8.8.1 Tipos de muestra para detección de VPH en hombres	56-57
4.8.9 Sistemas de Clasificación Internacional	57-58
4.8.10 Sintomatología	58
4.8.11 Tratamiento y Pronóstico	58-60
4.8.12 Promoción a la Salud y Prevención	60-69

4.9 Creencias en Salud	70-73
5.Marco Legal y Normativo	74-96
5.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	74-75
5.2 Ley General de Salud	75-81
5.3 Normas Oficiales	82-92
5.4 Consentimiento Informado	92-96
6.Marco Disciplinar de Enfermería	97-113
6.1 Evolución Histórica del Cuidado	97-101
6.2 El Cuidado como objeto de estudio de la práctica de enfermería	101-104
6.3 Enfermería como profesión y disciplina	104-107
6.4 Campo de actuar de la Enfermera Profesional	107-110
6.5 Filosofía de la Enfermería	110
6.6 Finalidad de la Enfermería	110-111
6.7 Objetivos de la Enfermería	111-112
6.8 La Ética en Enfermería	113
7.Participación del Profesional de enfermería en la prevención de la Infección por Virus de Papiloma Humano	114-130
7.1 Intervenciones de Enfermería	114-115
7.1.1 Educación para la Salud	116-117
7.1.2 Enseñanza: Sexualidad	117-119
7.1.3 Enseñanza: relaciones sexuales seguras	119-121
7.1.4 Clasificación de valores	121-122
7.1.5 Manejo de la conducta	122
7.1.6 Ayuda con el autocuidado: Baño/ Higiene	122-123
7.1.7 Manejo de la conducta sexual	123-124
7.1.8 Apoyo en la toma de decisiones	124-125
7.1.9 Manejo de la inmunización/ Vacunación	125-126
7.1.10 Manejo de las muestras	126-129
7.1.11 Ayuda para dejar de fumar	129-130
8. Conclusiones	131-132
9. Bibliografía	133-138

1.- INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), representan mundialmente un serio problema en términos de salud, económicos, demográficos y sociales, además de constituir un riesgo para el desarrollo de cáncer de cuello uterino, infertilidad e incluso la muerte. Su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva de toda la población, por lo tanto es uno de los grandes desafíos de la Salud Pública Contemporánea¹.

Las enfermedades infecciosas son temas prioritarios de Salud Pública en México, por lo que las actividades de prevención primaria puede influir sobre su aparición. La participación de enfermería es de suma importancia, dentro de sus funciones son las acciones educativas y preventivas que permitan mejorar las condiciones de salud de la población en riesgo.

Las (ITS) que llegan a contraerse durante la adolescencia, es un problema de salud ya que el 50% de todas ellas sucede a esta edad. Una de estas infecciones corresponde la Virus de Papiloma Humano (VPH) la tasa de infección de esta, es una de las más altas en la población adolescente con una prevalencia acumulada de hasta el 82% en grupos seleccionados. El VPH es una causa importante de morbimortalidad y su adquisición está asociada a la actividad sexual². El VPH es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) que afecta a un alto porcentaje de mujeres y hombres jóvenes principalmente en países en desarrollo, cuyas edades fluctúan entre los 15 a 25 años. La alta incidencia de infección por VPH esta asociada al inicio precoz de la actividad sexual a mayor frecuencia de actividad sexual en la etapa de adolescencia y adultos jóvenes, mayor número de parejas sexuales más alto el riesgo de infección aunado a otro factor de riesgo que se ha

¹ Medisan. scielo, 15(1),10-16. scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid...30192011000100002. Consultado Julio 2015.

² Hidalgo M. Castellano G. (2007). Virus de Papiloma humano y la adolescencia. Rev. Bol Pediátrico (Cantabria), 47(201): 213-216. www.sccalp.org/boletin/201/BolPediatr2007_47_213-218.pdf. Consultado Julio 2015.

descrito por evidencia científica en nuestro país, que es durante el embarazo³.

Se sabe que al iniciarse cada vez más prematuramente en la actividad sexual, la falta de protección, la promiscuidad y la baja percepción de los riesgos que ella entraña, trae como consecuencia un aumento en las ITS por VPH. Las adolescentes, junto con las adultas jóvenes, presentan la mayor tasa de prevalencia⁴.

La presente investigación esta enfocada en el actuar de la praxis del profesional de enfermería, en la etapa preventiva del VPH, tomando en cuenta a los grupos de riesgo, esto lo refleja la evidencia científica junto con la estadística de nuestro país, de manera objetiva, el profesional de enfermería debe iniciar su labor educativa en lo que respecta a prevención desde el inicio de su formación y debe ser su primera herramienta cuando inicie el cumplimiento de sus funciones, identificando al agente, conociendo el desarrollo de la enfermedad, por medio de su propia historia natural, comprendiendo que cuando el agente (VPH) tiene contacto con los tejidos, su desarrollo, reversión o activación, se concreta en la edad adulta, este proceso nos compromete a involucrarnos en este problema que va creciendo.

En México como en otros muchos países los modelos de atención para la salud se han enfocado a las acciones curativas (descuidando las preventivas) a las cuales se les suele asignar un presupuesto reducido⁵. Como consecuencia de lo anterior, el papel de la enfermera (o), ha ido perdiendo su carácter preventivo, es necesario que el profesional tome su rol. Históricamente la enfermería ha contribuido y aportado importantes estrategias en los programas de salud a nivel preventivo y de promoción a la salud en beneficio de la sociedad. El profesional de enfermería

³Mendoza Larios L.D. y Cols. (2013). Genotipificación del Virus de Papiloma humano de Alto Riesgo en pacientes embarazadas. Hospital Civil de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara Jalisco México. Año V, No. 9, www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2013/tgi139d.pdf Consultado Julio 2015.

⁴Díaz Curbelo A, Aliño M, Velasco A, Rodríguez A, Rodríguez V. (2008). Sexualidad y reproducción en adolescentes. Rev. Cubana Obstet Ginecol, 34 (3), 1-16. scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000300006. Consultado Julio 2015.

⁵Martínez M, Hernández I, Rodríguez J. (1985). Sociología de una profesión. México, Nuevo Mar. 1ª. ed.

propicia que la población participe para su propio beneficio, aplicado la educación en el fomento a la salud.

Sin embargo, para que este personal de salud cumpla su misión en forma efectiva se requiere contar en primer término con información actualizada sobre el tema, en segundo lugar, incrementar la motivación sobre la utilización de los métodos de detección y tratamiento de las ITS para que a su vez, apoye y proporcione a la población en general educación en materia de salud. Específicamente, se requiere que sea capaz de sensibilizar, brindando información y alternativas.

Por lo anterior se aborda en primera instancia el Panorama Epidemiológico que se vive en la actualidad, el impacto en México y en las instituciones, posteriormente con el fin de plantear un marco teórico se describe brevemente antecedentes históricos del VPH, la anatomía del aparato reproductor femenino y masculino, histología del epitelio vaginal, descripción de conceptos básicos en referencia del VPH, principalmente énfasis en la prevención, los sistemas de clasificación y por orden historia natural de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento. Tomando como eje de esta tesina las intervenciones del profesional de enfermería en este campo, su praxis, la profesión la disciplina y la filosofía de la misma. Puntualizando los diversos factores de riesgo relacionados con la misma infección, la normativa que permite a la disciplina de la Profesión de Enfermería guiar a procedimientos independientes y decisivos con un eje que la mueve, el cuidado, previniendo anticipadamente que aparezca el VPH en el individuo manteniendo y conservando la salud, usando todos los recursos de que dispone, esto en medida de sus conocimientos científicos y culturales que le permita ser autónoma en el desarrollo de su profesión.

2.- JUSTIFICACIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) siendo una de ellas el Virus de Papiloma Humano (VPH), es considerada uno de los principales problemas de Salud Pública en México, el abordaje a dicho problema abarca al hombre y a la mujer, donde ambos pueden ser afectados.

El Boletín Epidemiológico reporta que aproximadamente 20 infecciones de transmisión sexual (ITS), algunas de ellas en la actualidad son poco frecuentes, como la sífilis, mientras que otras van en aumento, como el virus de papiloma humano (VPH), el de Hepatitis "B" (VHB), el Herpes Genital y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Clínicamente, algunas tienen efectos leves sobre la salud, en tanto que otras, como el VPH y SIDA, ponen en peligro la vida. Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS). Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH). La mayor parte de las ITS son asintomáticas. Algunas ITS pueden triplicar con creces el riesgo de infección con el VIH⁶.

Las parejas o individuos deben conocer cual es el desarrollo del VPH, las etapas de prevención y cuales son las conductas de riesgo, por tanto el Profesional de Enfermería identifica a la población así como al problema e inicia su actuar en el ámbito preventivo, teniendo información con evidencia científica, actuales que le permitan capacitar, sensibilizar, proporcionar asistencia y asesoría al paciente el cual incrementa las posibilidades de éxito en la conservación de su salud, pero sin dejar a un lado a los usuarios que se les ha detectado y confirmado su diagnóstico se da prioridad a la detección precoz para incrementar las

⁶Boletín: Número5|Volumen32|Semana5|Del1al7febrerodel2015<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2015/s-em05.pdf>. Consultado octubre 2015.

posibilidades del éxito del tratamiento y conservación de su salud.

Por tal motivo el cuidado por el profesional de enfermería, se proporciona con calidad a la persona, familia y comunidad, conjuntando el fomento a la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad en las diferentes etapas de la vida, con énfasis a las personas que van a iniciar su vida sexual con responsabilidad profesional que nos lleva al empoderamiento de un rol de relevancia en la prestación del cuidado en el proceso preventivo, basados en normas, procesos y técnicas durante su praxis profesional.

3.- OBJETIVOS

3.1 General

Conocer las intervenciones a realizar por el profesional de enfermería en la prevención de la infección por Virus de Papiloma Humano en la población expuesta.

3.2 Específicos

Identificar los factores de riesgo para incidir en la prevención de la infección por virus de papiloma humano.

Informar a la población sobre las principales medidas de autocuidado para la prevención de las complicaciones por virus del papiloma humano.

Capacitar a la población sobre las acciones en salud para la prevención de la infección por virus de papiloma humano.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1 Antecedentes Históricos

La primera descripción de las verrugas se encuentra en los escritos Celso. En 1793, Bell reconoció durante sus investigaciones que las verrugas no estaban relacionadas con la sífilis, siendo una de las principales enfermedades de la época; el origen de las verrugas lo postuló Ciuffo, en 1907 establece la etiología viral de las verrugas humanas.

El primer virus de papiloma fue aislado por R. Shepe, en conejos en 1933 y Strauss y Col. en 1949, aislaron el agente responsable de las verrugas. La transmisión sexual de las verrugas fue afirmada en 1954 por Barret. Por muchos años el perfil epidemiológico de las mujeres con cáncer cervical ha sido reconocido como parte de un proceso de transmisión sexual y varios gérmenes se han implicado como la Chlamydia Trachomatis, el virus del Herpes Simple tipo 2 (VHS-2), el Treponema Pallidum y la Neisseria Gonorrhoeae, sin establecerse una asociación de causa a efecto clara. Hacia los años 1956 Koss y Durfee, encontraron unos cambios celulares en las citologías que denominaron coiloscitos. El investigador Papanicolaou, fue el primero en descubrir células originadas a partir de las verrugas en 1960. En 1969, Almeida señaló la heterogeneidad de los tipos del Virus de Papiloma Humano (VPH). Luego Meissels, fue quien asocio entre coiloscitos y VPH, postuló al coilocito en la citología exfoliativa como patognomónico de infección de VPH en 1976.⁷

En ese mismo año se estableció la heterogeneidad genética de los papilomas, Gissman, Pfister y Zur Hausen, en 1977 identifican cuatro tipos de VPH y los clasificaron en tipos 1,2,3,4 y así sucesivamente, conforme descubrían nuevos subtipos de virus. Con el ADN del VPH-1, como sonda, Lutz Gissman (profesor

⁷ Vargas Hernández VM. (1996). Virus del papiloma humano. Aspectos epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. Ginecol Obstet México. 64 (sep):411, 6. bvssida.insp.mx/articulos/3625.pdf. Consultado Julio 2015.

asociado en el laboratorio con Zur Hausen) identificó y aisló el genoma del VPH-6 de un condiloma acuminado, en 1980 y con la sonda del mismo virus descubrieron el VPH-11 en un papiloma laríngeo en 1982. El punto decisivo ocurrió en 1983, cuando Dürst, Gissman y otros colaboradores de Zur Hausen, aislaron el VPH-16, un año después el VPH-18, a partir de muestras de cáncer cervicouterino. Posteriormente se demostró que estos tipos virales se encuentran en 60 a 70% de las mujeres con cáncer cervicouterino. Esta fue la primera evidencia experimental concreta de la asociación del virus del papiloma humano con el cáncer cervicouterino.

Con esos descubrimientos, rápidamente se fortaleció la hipótesis del VPH como agente causal del cáncer cervicouterino y creció exponencialmente en todo el mundo siendo de gran interés por la investigación entre ambos y otras neoplasias genitales. Después, el grupo de Zur Hausen, que se expandió rápidamente en el *Krebsfor- chungszentrum*, descubrió otros tipos virales y diferentes mecanismos moleculares en los que los virus del papiloma humano participan en la carcinogénesis.

Se demostró que los virus del papiloma humano, aunque son indispensables son incapaces, por sí solos, de producir la invasión tumoral. Los virus del papiloma humano estimulan continuamente el crecimiento tumoral, lo que favorece que en un periodo generalmente largo se originen mutaciones al azar en el genoma celular, algunas de ellas le confieren mayor capacidad oncogénica a la célula neoplásica. Con base en datos experimentales, generados en su laboratorio, Zur Hausen postuló que para la evolución al fenotipo invasor, es necesaria la pérdida sucesiva de diversos genes supresores tumorales. Gissman, como integrante del grupo de Zur Hausen, ha participado en la búsqueda de conocimientos de la respuesta inmunitaria del huésped contra el virus de papiloma humano y las células tumorales. Sin embargo, no participó directamente en el desarrollo de las vacunas que se aplican en la actualidad; las cuales se basan en la eficacia de los

virus like particles (VLP): viriones vacíos, sin genoma viral, producidos en forma recombinante en el laboratorio. Para el desarrollo de los VLP y los estudios de vacunación preventiva en fase preclínica participaron diferentes grupos de investigación, entre ellos el de John Schiller, del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos.

Zur Hausen y Gissman, rápidamente cedieron las sondas de los VPH-6, 11, 16 y 18, se generaron grupos de investigación en todo el mundo, los cuales descubrieron otros subtipos del virus, que avanzó rápidamente para entender cómo causan el cáncer los virus y para el desarrollo de las vacunas. Actualmente se considera que 5% de los tumores en humanos se asocian con el virus del papiloma humano⁸.

4.2 Panorama Epidemiológico de la infección por VPH

El cáncer cérvico uterino ocupa el tercer lugar en tasas de incidencia a nivel mundial. Más del 85% de la carga global ocurre en países en desarrollo; aproximadamente 15% de nuevos casos en Latinoamérica. Se estima que para el año 2020 habrá un aumento del 41% de casos de cáncer cérvico uterino en estas regiones⁹.

En la actualidad, la población tiene mayor conciencia acerca de la importancia de la prevención. Esto no es suficiente, la gran mayoría de las mujeres infectadas por algún tipo de virus del papiloma humano oncogénico puede nunca presenta cáncer cérvico uterino, dado que una respuesta inmune adecuada es capaz de controlar la infección por virus del papiloma humano y evitar la progresión a lesión precancerosa.

La población que si desarrolla cáncer cérvico uterino, se cree que tiene una baja

⁸ Idem

⁹ Vargas Hernández VM. (1996). Virus del papiloma humano. Aspectos epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. Ginecol Obstet México. 64 (sep):411, 6. bvssida.insp.mx/articulos/3625.pdf. Consultado Julio 2015.

supervivencia a causa de una atención paliativa inadecuada y un tratamiento incompleto. En México, las variaciones en la mortalidad por cáncer cervicouterino parecen estar ligadas a los niveles de pobreza, significa que esta situación los hace más vulnerables porque no cuentan con un nivel superior de educación, ni con una vivienda digna, un empleo con prestaciones y acceso a los servicios de salud por lo tanto se enferma más a causa de la situación en la que vive, algunos autores dudan si esto es un obstáculo determinante para el acceso a los servicios o si las autoridades sanitarias no han sido capaces de dar servicio a las poblaciones destinatarias en estas áreas. Lo que si se ha observado es que existe menor cobertura del programa de prevención primaria y secundaria de cáncer cervicouterino de México en mujeres pobres.

Se requiere garantizar el acceso universal al tamizaje, con búsqueda de mejor alternativa de referencia¹⁰.

En América Latina

De acuerdo con el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) de la Secretaría de Salud en México, reporta que el cáncer para el año 2012 registró 78 719 defunciones con una tasa de mortalidad general de 67.8 por cada 100 000 habitantes, siendo el sexo femenino ligeramente más afectado con una tasa de mortalidad del 68 y el masculino 67.5¹¹.

Los tipos de cáncer que tiene la mayor mortalidad son: pulmonar, prostático, gástrico, hepático y mamario en ese orden de importancia, sin embargo se encuentran diferencias importantes de acuerdo al sexo, para el femenino se presenta el mamario, cérvico-uterino y hepático, así mismo los cánceres causados por infecciones víricas, tales como las infecciones por virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o por papilomavirus humanos (PVH) son responsables de hasta

¹⁰Torres K.J. Povedaa A. Y Cols. (2014).Epidemiología del cáncer cervicouterino. Gaceta Mexicana de Oncología; 10 (Supl4);4-17. www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=139. Consultado en Julio 2015.

¹¹ www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2015/sem05.pdf

un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios¹².

Magnitud del problema

El virus del papiloma humano (VPH) representa una de las infecciones de transmisión sexual más común. Cada 2 minutos muere una mujer en el mundo a causa de cáncer en cuello uterino, asociado directamente a este virus. El 99% de los cánceres está relacionado al Virus del Papiloma Humano¹³.

Se calcula que en México hasta un 80 por ciento de la población está infectado con el Virus. Estudios recientes señalan que el 90 por ciento de las mujeres mexicanas ha tenido alguna vez en su vida el VPH, considerado como uno de los principales factores para desarrollar cáncer cérvico uterino, en el caso de las mujeres, y de próstata en hombres, siendo la segunda causa de muerte en mujeres. La tasa de mortalidad media nacional mexicana por Virus de Papiloma Humano fue situada en 18.24 por ciento situando a México en los primeros lugares a nivel internacional.

El Estado de México ocupa el primer lugar en defunción por cáncer Cérvico uterino presentándose alrededor de 4,500 decesos por año según cifras del Instituto de Salud del Estado de México¹⁴.

ANUARIO 2011

Casos nuevos y tasa de incidencia por entidad federativa: Estados Unidos Mexicanos 2011. Se representa que el virus de papiloma humano (VPH) en México ocupó el decimonoveno lugar de las principales causas de enfermedades transmisibles, con un total de 36 333 casos en el 2011.

Las entidades federativas que presentaron mayores casos fueron el Distrito

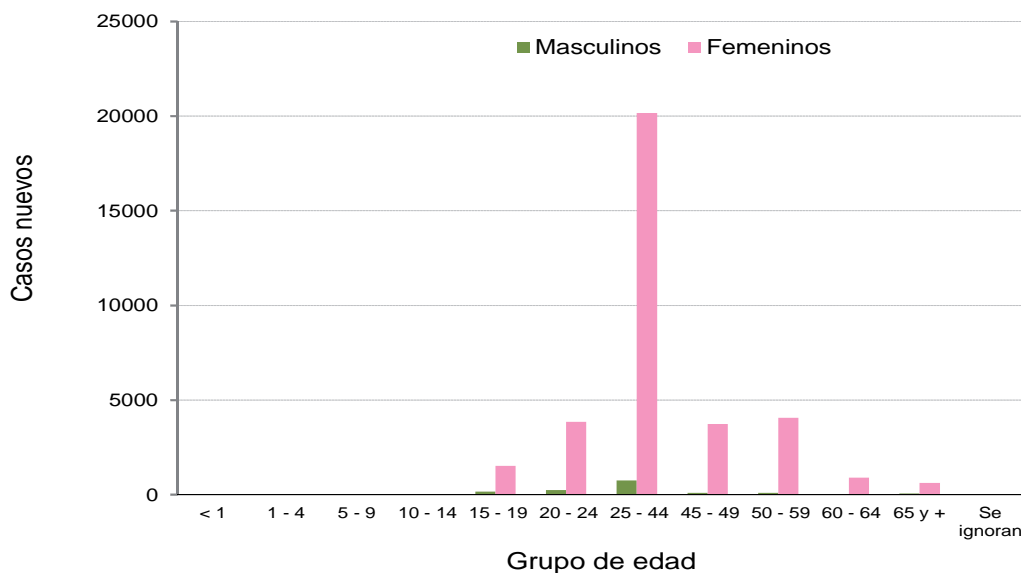
¹² Idem

¹³ Diagnóstico sobre el contagio de virus de papiloma humano en las mujeres del municipio de Chimalhuacán, Estado de México. cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/MEX_MA16_DX_VPH_12.pdf Consultado Julio 2015.

¹⁴ Diagnóstico sobre el contagio de virus de papiloma humano en las mujeres del municipio de Chimalhuacán, Estado de México. cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/MEX_MA16_DX_VPH_12.pdf Consultado Julio 2015.

federal 29%, Jalisco 11.2%, Nuevo León 5.8%, las que menos presentaron fue Colima 0.1%, Durango 0.2%, BCS 0.4%¹⁵.

Gráfica 1. Se observa el número de casos nuevos por edad y por sexo Estados Unidos Mexicanos 2011¹⁶.

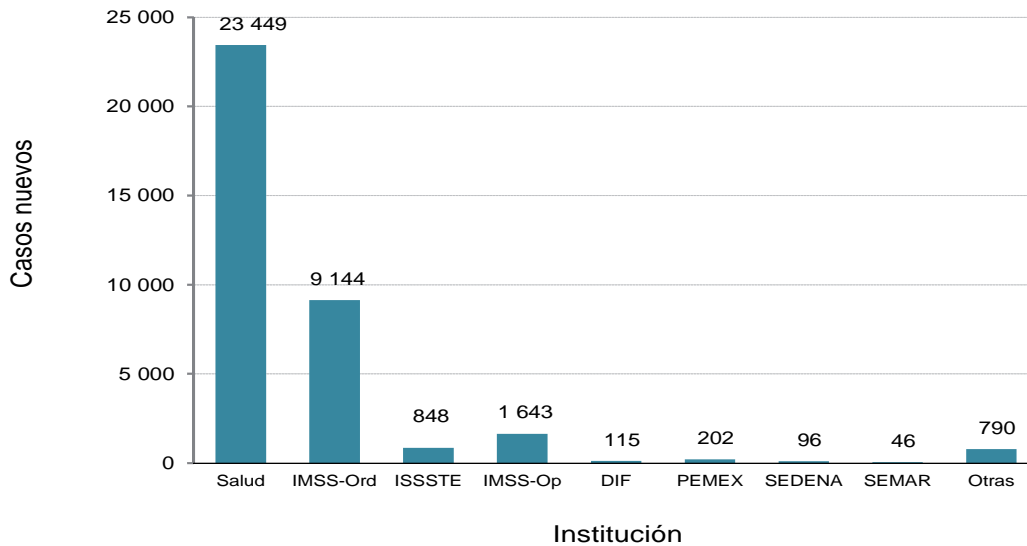


De acuerdo a las diferentes instituciones de salud en México que notifican el número de casos de VPH, donde la Secretaria de Salud fue la institución con mayor número de pacientes 23 449, mientras que SERMAR, fue la que menos casos notificó 46, se demuestra en la Grafica 2.

¹⁵ www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/.../2012/ver_ejecutiva_2011.pdf

¹⁶ Idem

Gráfica 2. Casos Nuevos por institución Estados Unidos Mexicanos 2011¹⁷.



4.3 Anatomía y Fisiología del aparato genital femenino

Se divide en órganos genitales externos e internos.

➤ Órganos genitales Externos

Comprenden al conjunto de órganos que se encuentran desde el borde inferior del pubis al periné y que genéricamente se les conoce con el nombre de vulva:

- Monte pubiano: prominencia formada por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada .
- Labios mayores: constituye formaciones prominentes en la mujer adulta que parten del monte pubiano en forma de dos pliegues redondeados y se dirigen hacia abajo y atrás para unirse en la parte media del periné; constituido por tejido celular, tejido conectivo, plexos venosos y parte del ligamento redondo, cubierto por piel resistente, pigmentada, por células

¹⁷ Idem

sebáceas y vello. En las mujeres vírgenes se encuentran juntos; en multíparas abiertos. Su cara interna posee un gran número de glándulas sebáceas que le proporcionan cierto grado de humedad.

- Labios menores: son dos pliegues de piel, pequeños y delgados, planos y rojizos, sin vello, ricos en glándulas sudoríparas y folículos sebáceos que al adosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal. Se unen en las partes anterior y posterior. La unión anterior da lugar al frenillo del clítoris.
- Clítoris: constituido por tejido eréctil (dos cuerpos cavernosos), glande y dos pilares que le dan forma y lo fijan al periostio del pubis. Provisto de una rica red venosa y sensitiva (nervio pudendo).
- Vestíbulo: espacio comprendido entre los labios menores, contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Cubierto por epitelio escamoso estratificado.
- Meato urinario: cubierto por epitelio transicional, orificio por el cual desemboca la uretra.
- Glándula de Bartholin: son dos y se ubican en los labios menores y la pared vaginal, desemboca en el introito. Con su mucosidad lubrican la vulva y la pared externa de la vagina.
- Glándulas de Skene: son dos y se encuentra una a cada lado de la parte posterolateral del meato uretral, producen moco que lubrica el vestíbulo.
- Himen: membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina, formado por dos capas de tejido fibroso.
- Horquilla vulvar: lugar donde se unen los labios mayores con los menores en la parte posterior.
- Periné o rafe medio: región comprendida entre la horquilla y ano, constituido por músculos transversos del periné, bulbo cavernoso y elevador del ano.

➤ Órganos genitales Internos

Se compone de dos ovarios, dos tubas o trompas de Falopio, el útero, la vagina y la vulva.

- Ovario

Situación y forma

Los ovarios son los órganos productores de los óvulos o células sexuales femeninas y son también glándulas endocrinas productoras de estrógenos y progesterona, las hormonas sexuales femeninas. Son de consistencia dura y forma de almendra, con un diámetro mayor de unos 3,5 cm y 1,5 cm de espesor.

Estructura interna

Un epitelio cúbico simple o epitelio germinal cubre el ovario, por dentro de ésta, un tejido conectivo o estroma ovárica que alberga los folículos ováricos. Los folículos son formaciones constituidas por una célula sexual femenina ovocito (precursor del óvulo) rodeada de una capa de células foliculares, de origen epitelial. En el ovario de una mujer adulta se encuentran folículos en diferentes etapas de maduración.

A partir de la pubertad, las hormonas gonadotrópicas de la hipófisis, sobre todo la foliculoestimulante (FSH), hacen madurar en cada ciclo menstrual algunos folículos, por lo que junto a folículos primarios se encuentran otros que ya han comenzado a aumentar de volumen.

Solo maduran alrededor de 400 folículos de los 400.000 presentes en el momento del nacimiento y el resto se atrofian.

Función del ovario

Las dos grandes funciones del ovario: formación y liberación de células sexuales y secreción endocrina de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona), están condicionadas a la intervención de otras hormonas secretadas por la adenohipófisis: la hormona foliculostimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). La maduración de los folículos, la ovulación y la formación del cuerpo amarillo suceden de una manera cíclica. Todo el proceso dura normalmente 28 días y constituye el ciclo ovárico.

- Trompas de Falopio

Situación y forma

Las trompas, tubas u oviductos son los conductos que llevan los óvulos desde el ovario hasta el útero. Miden 10 o 12 cm y constan de cuatro porciones: pabellón, ampolla, istmo y porción intramural.

La porción intramural está íntimamente relacionada con la pared del útero, en cuya cavidad se abre. Comienza en el orificio uterino de la trompa, atraviesa la pared del útero y se continúa con el istmo.

Estructura interna

La trompa está formada por tres capas concéntricas, mucosa, muscular, y serosa, con variaciones en las diferentes porciones de la trompa

Función de las trompas

Al romperse el folículo de De Graf, el óvulo cae a la cavidad peritoneal, pero las fimbrias del pabellón establecen una corriente líquida que arrastra el óvulo hasta el orificio abdominal de la trompa. Una vez dentro, los pliegues de la mucosa, más

abundantes en el pabellón, retrasan el avance del óvulo hacia el útero. Las células secretoras tubáricas aportan material nutritivo al óvulo.

Por otra parte, los espermatozoides depositados en la vagina tras el coito recorren el útero y entran en las trompas por el orificio uterino, llegando hasta la porción ampollar, donde normalmente, se produce la fecundación. El desplazamiento de los espermatozoides se realiza por su propia motilidad, ayudados por los movimientos de la trompa.

El óvulo, fecundado o no, recorre la trompa en dirección al útero, ayudado por los movimientos de los cilios del epitelio y por las contracciones de la capa muscular. Este recorrido dura unos 3 días, durante los cuales si ha existido fecundación se producen las primeras divisiones celulares del cigoto.

- Útero y Cuello Uterino

El útero o matriz es un órgano hueco de músculo liso con forma de pera y espesas paredes. El útero, cuando no está agrandado por el embarazo o por tumores, mide aproximadamente 10 centímetros desde la parte superior (fondo) hasta la inferior del cuello uterino.

El cuello uterino constituye el tercio inferior del útero y esta compuesto de tejido fibromuscular denso recubierto por dos tipos de epitelio. Mide unos 3 cm de longitud por 2,5 cm de diámetro.

El conducto endocervical discurre por el centro del cuello uterino desde el orificio interno, lindante con la cavidad uterina, hasta el orificio externo, que puede verse en el centro del cuello del útero durante el examen con espéculo. En las mujeres nulíparas el orificio externo tiene el aspecto de una pequeña abertura redonda y en las mujeres que ya han tenido hijos el de una hendidura irregular en forma de boca.

- Los vasos sanguíneos y linfáticos

Las arterias que irrigan el útero y el cuello uterino provienen de las arterias ilíacas internas y sus ramas uterina, cervical y vaginal. Las venas que drenan la circulación del cuello uterino corren paralelas a las arterias. Los ganglios y conductos linfáticos que drenan los órganos pelvianos están situados junto a los vasos sanguíneos y pueden actuar como una vía de diseminación del cáncer cervicouterino. En los estadios avanzados del cáncer, los tumores de gran tamaño pueden bloquear el drenaje linfático y provocar hinchazón de piernas (linfedema).

El exocérnix carece de terminaciones nerviosas sensibles al dolor; por lo tanto, las técnicas quirúrgicas que afectan sólo esta zona (biopsia, crioterapia) se toleran bien sin anestesia. Por otra parte, el endocérnix es rico en terminaciones nerviosas sensitivas y es sensible a estímulos dolorosos, al traumatismo y al estiramiento. Alrededor del cuello uterino hay redes de fibras nerviosas que se extienden al cuerpo del útero. Dado que también hay nervios simpáticos y parasimpáticos, los procedimientos que afectan al conducto endocervical (tales como la inserción de una legra endocervical) pueden causar a veces una reacción vasovagal (sudoración, aumento del ritmo cardíaco y síncope).

La superficie del cuello uterino está recubierta por dos tipos de epitelio: el epitelio escamoso (o pavimentoso) y el epitelio cilíndrico (o columnar).

El epitelio escamoso estratificado posee múltiples capas de células cada vez más delgadas. Normalmente recubre la mayor parte del exocérnix y la vagina. Su capa más profunda (basal), compuesta de células redondeadas, está unida a la membrana basal, que separa el epitelio del estroma fibromuscular subyacente.

El epitelio cilíndrico reviste el conducto endocervical y se extiende hacia el exterior hacia una porción variable del exocérnix. Consiste en una capa única de células altas que se asientan sobre la membrana basal. Esta capa es mucho más delgada

que el revestimiento escamoso del exocérnix. Cuando se observa con un espéculo endocervical, su aspecto es rojo brillante.

La unión escamoso-cilíndrica (UEC) original se observa como una línea claramente delimitada, con un escalón producido por el distinto grosor de los epitelios cilíndrico y escamoso. La localización de la UEC original varía con la edad de la mujer, su estado hormonal, los antecedentes de traumatismos del parto, el embarazo y el uso de anticonceptivos orales.

Metaplasia escamosa y la zona de transformación

Cuando se expone al entorno ácido de la vagina, el epitelio cilíndrico es gradualmente sustituido por un epitelio escamoso estratificado, con una capa basal de células poligonales derivadas de las células de reserva subepitelial. Este proceso normal de sustitución se denomina «metaplasia escamosa» (o pavimentosa) y da lugar a una nueva UEC. Una vez maduro, el nuevo epitelio escamoso se parece al epitelio escamoso original. Sin embargo, cuando se la examina, la nueva UEC y la UEC original son distintas. La zona de transformación es la región situada entre la UEC original y la nueva, donde el epitelio cilíndrico se está sustituyendo o ha sido sustituido por el epitelio escamoso.

- Orificios Cervicales

Por tener el cuello una forma cilíndrica atravesada por un canal se describen dos orificios, el externo y el interno:

- Orificio externo. Comunica la vagina con el canal endocervical y se suele localizar en el centro. En condiciones naturales es de aspecto puntiforme, pero luego del parto aparece rasgado transversalmente.

- Orificio interno. Comunica el canal endocervical con el interior de la cavidad uterina.

Funciones

Desde el punto de vista reproductivo el cuello uterino cumple varias funciones, pero quizás la más impresionante de todas es en el momento del parto, cuando es capaz de dilatarse hasta 10 cm para permitir la salida del feto.

El moco espeso también evita la entrada de espermatozoides durante casi todo el ciclo menstrual, pero durante la ovulación cambia sus características y facilita el ascenso. Esto permite que pasen rápidamente del ambiente ácido y lleno de bacterias de la vagina, que es hostil, a un ambiente mucho más seguro, con un pH alcalino y ausencia de bacterias, como es la cavidad uterina. El cuello uterino tiene gran importancia en el proceso reproductivo por las siguientes razones:

Se mantiene cerrado durante el embarazo para evitar la expulsión del producto de la gestación antes de la fecha esperada de nacimiento.

Actúa como barrera contra la penetración de bacterias patógenas, al producir un moco espeso durante la mayor parte del ciclo.

- Vagina

Situación y forma

La vagina es un conducto que se extiende desde el cuello del útero hasta la vulva.

Mide de 7 a 10 cm y sus paredes son muy elásticas y plegables.

El fondo de saco vaginal está en contacto con el fondo de saco de Douglas.

Estructura interna

La vagina consta de mucosa, muscular y adventicia.

- La mucosa está formada por un epitelio estratificado no queratinizado y presenta numerosos pliegues transversales. La mucosa vaginal experimenta cambios durante el ciclo menstrual: bajo la influencia de los estrógenos en la primera fase, el epitelio de la vagina experimenta un crecimiento rápido y se cornifica. Después de la ovulación, el epitelio vaginal se infiltra de leucocitos y se secreta un moco viscoso; el frotis presenta en esta fase células cornificadas, mucina, y leucocitos.

Funciones de la vagina

Es el órgano copulador de la mujer, encargado de recibir al pene.

El estudio de las células descamadas del epitelio vaginal permite establecer el diagnóstico precoz del cáncer genital si en el frotis aparecieran células anormales.

4.4 Anatomía y Fisiología del aparato genital masculino

Esta constituido por¹⁸:

Glándulas	Conductos	Elementos de sostén
Testículos	Epidídimos	Escroto
Vesículas seminales	Conductos deferentes	Pene
Próstata	Vesícula seminal	Cordones espermáticos
Glándulas de Cowper	Conductos eyaculadores	Cremáster
	Uretra	Ligamento suspensor

¹⁸ Mondragón Castro H. 1991. Obstetricia Básica Ilustrada. Ed. trillas. 11-25p.

➤ Testículos

Situación y forma

Son dos órganos situados en el exterior de la cavidad abdominal, el izquierdo un poco más bajo, debajo del pene y alojados en las bolsas escrotales, este último tiene una función de mantener los testículos a una temperatura ligeramente inferior a la del cuerpo (5°C por debajo de la temperatura central corporal), puesto que las células germinales, generadoras de espermatozoides, son muy sensibles a los cambios de temperatura y ligeros incrementos producen esterilidad.

Tienen forma ovalada, con un diámetro mayor de unos 4 cm, una anchura de 3 cm y un espesor de 2,5 cm, y cada uno de ellos pesa alrededor de 20 g. La superficie del testículo es lisa y brillante, de color blanco, formada por una cubierta fibrosa denominada albugínea, muy tensa, lo que le confiere una consistencia dura.

Estructura interna

La cápsula fibrosa que envuelve el testículo, la albugínea, tiene un engrosamiento en la parte posterior del testículo, el cuerpo de Highmore. Por esta zona salen las vías seminales hacia el epidídimo.

En cada lóbulo hay 2 o 3 conductos de forma contorneada denominados tubos seminíferos, en los que se forman los espermatozoides. Los tubos seminíferos constan de unas células de sostén, las células de Sertoli, que sirven de soporte a los espermatozoides y las células precursoras.

Funciones de los testículos

La espermatogénesis comienza en la pubertad por estímulo de las hormonas gonadotrópicas de la hipófisis.

El espermatozoide sólo puede vivir 2 o 3 días en los productos de la eyaculación, pero se mantiene vivo durante mucho más tiempo en los conductos testiculares y el epidídimo.

En su función como células de sostén de los espermatozoides y de sus precursoras, las células de Sertoli aportan material nutritivo a dichas células.

➤ Vías espermáticas

Las vesículas seminales son dos bolsas con función secretora que aportan el líquido seminal en la eyaculación. Contienen también espermatozoides, como el resto de las vías espermáticas.

El conducto eyaculador es un tubo corto (de 2,5 cm) que atraviesa la próstata.

Estructura interna

Los conductos eferentes tienen un epitelio cilíndrico simple con células ciliadas y células con micro vellosidades.

El conducto deferente mantiene la morfología epitelial del conducto epididimario.

➤ Próstata

Glándula de secreción exocrina que se sitúa debajo de la vejiga, rodeando la uretra y los conductos eyaculadores que desembocan en la uretra. A partir de la pubertad crece hasta el tamaño del adulto 3 cm de altura, 4 cm de anchura y 2 cm de grosor. Es semejante a una castaña. La base se orienta hacia arriba, bajo la vejiga; Por detrás, está en relación con el recto, lo cual permite su exploración mediante el tacto rectal. Por delante está la sínfisis del pubis, de la que la separa la grasa y las venas prostáticas.

Función:

Secreta un líquido blanquecino hacia la uretra, el líquido prostático, que se une a las secreciones de las vías espermáticas y los espermatozoides para constituir el semen. El líquido prostático es alcalino, por lo que neutraliza la acidez de los demás componentes del semen, aumentando la motilidad y fertilidad de los espermatozoides.

➤ Pene

Situación

Órgano cilíndrico que pende sobre las bolsas escrotales, por debajo de la sínfisis pubiana. Su tamaño y consistencia varían según se halle en estado de flaccidez o de erección: en estado flácido mide unos 10 cm y en erección se vuelve rígido y mide unos 15 cm. Está formado por tres elementos que constituyen los órganos eréctiles: dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso.

Función

Tiene una doble función. Al contener en su interior parte de la uretra, interviene en la micción y es el órgano copulador en el acto sexual. Por estimulación parasimpática, los cuerpos cavernosos y esponjoso se llenan de sangre. En este proceso intervienen varios factores; en primer lugar, la dilatación de las arterias produce el llenado de los cuerpos cavernosos y esponjoso; por otra parte, la musculatura de la raíz del pene.

4.5. Histología y Citología de la vagina y exocervix

Se puede observar en el epitelio que cubre estos órganos cuatro capas histológicas:

- Capa basal profunda: compuesta por una sola hilera de celular que en citología se denomina células basales. La célula basal actúa a manera de célula de reserva.
- Capa basal externa (parabasales): construida por células redondeadas o ligeramente poligonales encargadas de la renovación real del epitelio.
- Capa intermedia: formada por células de mayor tamaño.
- Capa superficial: formada por células que recibe este nombre, representan el estado final de la diferenciación y maduración del epitelio que recubre el exocervix y la vagina.

Es así como en los extendidos citológicos se distinguen esencialmente cuatro grupos de células descamadas del epitelio vaginal: basales, parabasales, intermedias y superficiales.

Las diferencias entre estas células corresponde a distintos grados de maduración del epitelio plano. El proceso de maduración del epitelio estratificado plano esta caracterizado por un aumento del tamaño del citoplasma y una disminución en el tamaño del núcleo, con cambios estructurales en su cromatina.

4.6 Histología y Citología del Endocervix.

La mucosa endocervical presentan un estroma y un epitelio monoestratificado cilíndrico alto. En el epitelio se puede distinguir dos tipos de célula, las secretoras y las ciliadas.

En los frotis citológicos las células cilíndricas pueden proceder de la mucosa del conducto cervical de las glándulas endocervicales o de las zonas de ectopia del

epitelio cilíndrico en el exocervix.

Se distingue dos clases de celular cilíndricas: las secretoras predominantes siempre en número y las ciliadas que se presentan dispersas o en pequeños grupos.

Puesto que el epitelio cilíndrico de la mucosa endocervical no se descama espontáneamente, solo se hallan células epiteliales glandulares en las tomas obtenidas mediante raspado suave con cito cepillo¹⁹.

4.7 Sistema Endocrino

Ocupa fundamentalmente mediadores químicos (hormonas) los cuales secreta a la circulación sanguínea para que estos cumplan en su órgano o célula diana una determinada función metabólica para cual fue liberada.

Los efectos del sistema tienen la particularidad de producirse en segundos en algunos casos o tomar días, incluso semanas en otros. Las numerosas interrelaciones en su mismo sistema, con el sistema nervioso e inmune lo hacen complejo, cualidad necesaria para llevar a cabo su papel de “gran regulador”.

Estructura

Las hormonas, son sustancias químicas que varían en su composición dependiendo de su origen. Personajes principales del sistema endocrino, se encuentran contenidas en principio por la membrana plasmática de la célula que le dio origen. Una vez que son liberadas al torrente sanguíneo, pasa a ser la pared vascular su principal contenedor, quien la guiará a partir de ahora hasta su destino final (órgano o célula diana) donde llevará a cabo su función.

¹⁹ Cienciamorfologica.blogspot.com/2011/11/anatomia-e-histologia-del-aparato.html. Consultado en Octubre2015.

Elementos:

➤ Las glándulas

Son órganos encargados de sintetizar y almacenar las hormonas. Se encuentran distribuidas en todo el organismo, poseen cada una una característica particular que las hace capaces de originar la diversidad de hormonas que encontramos en la sangre. Ellas son:

Hipófisis, también llamada glándula pituitaria, de pequeño tamaño (1 cm de diámetro y 1g de peso), se encuentra situada en la silla turca (base del cráneo), conectada con su principal regulador, el hipotálamo a través del tallo hipofisario.

Fisiológicamente podemos dividir a la hipófisis en adenohipófisis o hipófisis anterior y neurohipofisis o hipófisis posterior, separadas por tejido avascular: la pars intermedia.

La adenohipófisis secreta seis hormonas importantes y otras menores: hormona de crecimiento (GH), Adenocorticotrofina (ACTH), Tirotrófina (TH), Prolactina (PRL), Hormona Folículo Estimulante (FSH) y Hormona Luteinizante (LH). La adenohipófisis contiene diferentes tipos celulares, cada uno especializado en la síntesis de cada una de las hormonas: células somatotropas, corticotropas, tirotropas, gonadotropas y lactotropas.

En el caso de la neurohipofisis las células que secretan sus hormonas no están localizadas en ella sino en dos grandes núcleos hipotalámicos: núcleo supraóptico y núcleo paraventricular, y desde allí son transportadas hasta la neurohipofisis. La neurohipófisis secreta dos hormonas importantes: Hormona Antidiurética (ADH) o Vasopresina y Oxitocina (OT)²⁰.

²⁰ William F. Ganong. (13 ed.). Fisiología Médica. Pag. 378: Manual Moderno.

4.8 Virus de Papiloma Humano (VPH)

Es un virus ADN, de doble cadena circular con 8000 pb (pares de bases) , el cual no cuenta con envoltura si no con una núcleo cápside proteica icosaédrica con 72 capsómeros, que proviene de la familia *Papillomaviridae*, cuyo genoma codifica 8 genes tempranos y 2 genes tardíos. Los genes tempranos 6 y 7 interfieren con las funciones celulares que normalmente impiden el crecimiento excesivo, ya que inactivan proteínas supresoras del crecimiento celular. Hay mas de 200 tipos identificados y alrededor de 40 que afectan células escamosas del epitelio del tracto genital bajo (como vagina, vulva, cuello uterino y ano), asi como epitelio oral y nasal. Invaden generalmente el epitelio escamoso de la piel y mucosas, generan engrosamiento del estrato basal espinoso y en un promedio de 3 a 4 meses se curan de manera espontánea, pero pueden generar recurrencia.

En el nivel mundial, los genotipos 16 y 18 del VPH son las más prevalentes, seguidos por los genotipos 45, 31 y 33. En población América Latina, los genotipos 16,18, 31, 33, 51 y 52 han sido identificados con mayor frecuencia en población general.

Las infecciones por el virus del papiloma humano (VPH) se encuentran distribuidas en todas las poblaciones alrededor del mundo. No tiene incidencia estacional, es una de las infecciones más frecuentes de las transmitidas sexualmente y los genotipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 66 han sido implicados en el desarrollo de cancer cérvico uterino (CaCu).

El tamaño y la organización de los genomas de los dos géneros son diferentes y es probable que en el futuro se reconozcan como familias separadas. Los virus del papiloma están ampliamente distribuidos en la naturaleza e infectan una gran variedad de especies. En general los virus del papiloma de animales son

específicos de especie y tienen predilección por epitelios en sitios anatómicos determinados. Se relacionan con diferentes lesiones neoplásicas o hiperplásicas²¹.

4.8.1 Infección de VPH en la mujer

El cáncer cervical constituye un problema de salud pública en el ámbito mundial especialmente en los países de desarrollo, como en el caso de México.

El cáncer cervical es el tipo más común de neoplasias entre las mujeres en México.

Los VPH son altamente transmisibles y la mayoría de los hombres y mujeres sexualmente activos adquirirán la infección durante su vida. Las infecciones genitales por el VPH son transmitidas principalmente por contacto sexual, pero no exclusivamente durante el coito. Mientras la mayoría de las infecciones son transitorias y benignas, la infección genital persistente con ciertos genotipos virales pueden conducir al desarrollo de lesiones precancerosas y de cáncer en la región anogenital.

Muchos virus que originan infecciones persistentes debido a su capacidad de modular o evadir la respuesta inmune, son caracterizados por una replicación viral continua a bajos o altos niveles (por ejemplo, el virus de la inmunodeficiencia humana y el virus de la hepatitis B o por periodos de reactivación de una infección latente seguida por intervalos libres de la enfermedad como el virus del herpes simple). Esto puede conducir a una variedad de problemas crónicos incluyendo neoplasias, inmunosupresión, enfermedades autoinmunes y falla orgánica selectiva.

²¹Domínguez Arrebillaga S. (2011). Frecuencia genotípica del virus del papiloma humano en población general de la frontera sur de México. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología*, vol. 31. núm. 1. www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2011/ei111b.pdf Consultado julio 2015.

Las mujeres son infectadas por alguno de estos virus poco tiempo después del inicio de la vida sexual y la mayoría de las infecciones ocurren en mujeres menores de 25 años. Después de esa edad, la prevalencia disminuye rápidamente. En mujeres de edad media, las infecciones por VPH son transitorias, volviendo a observarse un incremento en las infecciones en mujeres de 30 años. La infección con el VPH es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente en el mundo, en México al igual que en muchos países, el VPH-16 es detectado alrededor de la mitad de las neoplasias cervicales y de cancer invasor.

Los virus 16 Y 18 juegan un papel central en la etiología de cáncer cervical en México²².

La infección por virus del papiloma humano es la más común de las infecciones de transmisión sexual y su prevalencia es más alta en menores de 25 años a nivel mundial. En estudios de prevalencia de la infección por VPH, señalan que las mujeres jóvenes y adolescentes tienen mayor vulnerabilidad al virus y sus efectos citopáticos, resultando en altas tasas de lesión intraepiteliales escamosas (LIE). Sin embargo se ha reportado regresión y resolución espontánea de la lesión, llegando a ser hasta del 70% en las de bajo grado y 50% de alto grado²³.

Se considera que la infección persistente por virus de alto riesgo (VPH-AR) es un factor determinante en el desarrollo de cancer cervicouterino. En México el 95% de las mujeres menores de 30 años con vida sexual han tenido una infección por VPH²⁴.

²²Zaldívar Lelo de Larrea G. Martín Molina F. 2012. Cancer cérvico uterino y virus de papiloma humano. Rev. Chil. obstet. ginecolo, vol.77 no.4, 1-16. www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400014 . Consultado Julio 2015.

²³MD.Romero Pérez I. M., MD. Ceballos Díaz C. (2008). Lesiones premalignas y malignas de cervix en adolescentes y mujeres jóvenes. Clínica de Maternidad Rafael Calvo, Cartagena; 132.248.9.34/hevila/Medunab/2009/vol12/no1/2.pdf. Consultado julio 2015.

²⁴Lizano M, Carrillo A. (2009). Infección por virus de Papiloma Humano: Epidemiología, historia natural y carcinogénesis. Cancerología;4:205-216. www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1272302572.pdf. Consultado Julio 2015.

4.8.2 Infección de VPH en el hombre

La infección por VPH en el hombre ha sido considerada como un problema menor y de escasa relevancia. En general se ha catalogado al hombre como vector silencioso de este microorganismo, ya que a pesar de jugar un papel importante en la transmisión del virus, sólo 1% de ellos experimenta algún signo o síntoma clínico.

Estudios han asociado la infección por VPH en hombre en la presencia de condilomas genitales, papilomatosis respiratoria recurrente (PRR), neoplasia intraepitelial del pene (NIP), neoplasia intraepitelial anal (NIA), cáncer de pene, cáncer anal, cáncer perianal, cáncer oral, cáncer orofaríngeo, cáncer de próstata y cáncer de uretra. Dentro de los más estudiados se encuentra la asociación con cáncer de pene, laringe, cabeza y cuello. Se estima que el VPH es el agente causal de 5% de los cánceres humanos.

La prevalencia de la infección por VPH en el hombre puede variar de un estudio a otro, lo cual se debe a las técnicas de detección realizada, la zona anatómica de toma de muestra, tipo de muestra y población estudiada la frecuencia de detección de VPH en hombres varía de acuerdo a los parámetros, así como del país donde se realizó el estudio²⁵.

4.8.3 Historia Natural de la Infección por VPH

La infección por VPH esencialmente es una enfermedad de transmisión sexual. De esta manera, tanto hombres como mujeres están involucrados en la cadena epidemiológica de la infección, pudiendo ser portadores asintomáticos, transmisores y también víctimas de la infección por VPH. Es por ello que los factores asociados con la infección por VPH esencialmente están relacionados con el comportamiento sexual, la edad de inicio de vida sexual, alto número de

²⁵Silva R. León D. Brebi P.(2013); Diagnóstico de la infección por virus papiloma humano en el hombre; Rev. Chilena Infectol ;30(2):186-192. www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182013000200009&script=sci...tng Consultado Julio 2015.

parejas sexuales a lo largo de la vida, o contacto sexual con individuos de alto riesgo. Las infecciones genitales por VPH pueden detectarse en cérvix, vagina y vulva en mujeres; glande, prepucio, piel del pene y escroto en hombres; y en canal anal y perianal tanto de mujeres como de hombres.

Aun cuando en personas jóvenes la infección por VPH es muy frecuente, la mayoría de las mujeres infectadas resuelven la infección espontáneamente (alrededor del 90%), persistiendo solo en una pequeña fracción de las mujeres. Algunos determinantes que han sido asociados a la progresión de las lesiones son: tipo viral y variaciones intra-tipo de VPHs de alto riesgo, integración del genoma viral a la célula y probablemente carga viral. Otros factores adicionales incluyen la alta paridad, tabaquismo y dieta pobre en vitaminas y minerales.

Muchos tipos de VPH inducen solamente lesiones productivas y no se asocian a cáncer humano. En dichas lesiones, la expresión de los productos de los genes virales se encuentra cuidadosamente regulada, de modo que las proteínas virales se expresan en momentos definidos y en cantidades controladas a medida que la célula infectada migra hacia la superficie epitelial. Los eventos que dan lugar a la producción de partículas virales en las capas superiores del epitelio, parecen ser comunes tanto en virus de alto, como de bajo riesgo oncogénico.

Después de una infección natural solo la mitad de las mujeres desarrollan anticuerpos contra VPH detectables, los cuales probablemente no son protectores. Los VPH infectan el epitelio cervical sin entrar en la circulación, por lo que las partículas no se exponen eficazmente al sistema inmune. Como resultado, la vigilancia inmunológica típica, que involucra el tráfico de células especializadas desde el sitio de la infección hasta órganos linfoides secundarios, se encuentra limitada o abatida. Aunado a esto, una vez dentro de la célula, la partícula del papilomavirus puede utilizar múltiples mecanismos para abatir la respuesta inmune que es necesaria para la eliminación de la infección.

Los papilomavirus humanos también pueden alojarse de forma latente en las células epiteliales, evadiendo la detección por el sistema inmune y permitiendo una reactivación futura. Actualmente, solo hay evidencias indirectas de las infecciones latentes de VPH en humanos, pero se especula que aun cuando el VPH no pueda ser detectado en una muestra en un momento dado, permanece la posibilidad de que el virus se encuentre en forma latente. La reactivación de infecciones latentes de VPH se ha reportado en pacientes inmunocomprometidos. La historia natural del cáncer cérvico uterino implica la progresión gradual de una serie de etapas secuenciales en que las células del cérvix que presentan ciertas anomalías histológicas conocidas como Neoplasia Intraepitelial Cervical, NIC-1 (displasia leve), NIC-2 (displasia moderada), NIC-3 (displasia severa/carcinoma in situ) y finalmente un cáncer invasor.

La infección por el virus de papiloma humano se puede clasificar: primero una infección latente, que se caracteriza por la presencia de VPH en las células o tejidos que son aparentemente normales y sin ninguna manifestación de enfermedad. Sin embargo el virus está ahí y en ocasiones puede ser detectado por técnicas específicas como Hibridación in situ o reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Posteriormente la infección subclínica se manifiesta por cambios microscópicos en el epitelio cervical (coilocitos, displasias) detectados en las citologías o cortes histológicos de los tejidos afectados. La presencia de VPH en este punto se puede verificar mediante el uso de un colposcopio que evidencia cambios de coloración en el cuello uterino después de aplicar una solución de ácido acético; estos cambios se asocian a la infección con VPH y una posible lesión premaligna.

Finalmente la infección clínica se manifiesta por la aparición de tumores visibles y es en esta etapa donde podemos encontrar gran cantidad de tejido positivo para VPH. Estos virus se encuentran viables y con capacidad de infectar otros tejidos.

Sin embargo, no siempre la enfermedad se manifiesta durante esta última etapa ya que varios casos llegan a permanecer en periodo de latencia o subclínico, tiempo durante el cual se puede adquirir un estado de resistencia o regresión de las lesiones, o bien de progresión hacia un cáncer invasor.

La infección persistente con VPH parece ser de suma importancia en el desarrollo y avance de lesiones precancerosas a cáncer invasor y que este proceso puede tomar de 1-10 años. Aun no existe un consenso en la definición precisa de una infección persistente por VPH; sin embargo la asociación con neoplasia intraepitelial cervical es más fuerte para una persistencia de 12 meses, que para una de 6 meses, aunque esta relación puede variar dependiendo del tipo viral. Algunos datos sugieren que el VPH 16 persiste en promedio mucho más tiempo infectando el epitelio en comparación con otros tipos de VPH, de tal manera que aquellas lesiones que presentan VPH16 podrían progresar a un cáncer más rápidamente que aquellas que no presentan VPH o tienen otro tipo viral.

De igual manera se reporta que las infecciones con papilomavirus oncogénicos persisten por más tiempo que los no oncogénicos . Se ha demostrado que la infección con VPHs oncogénicos tiene un promedio de duración aproximada de 8 meses, mientras que la duración con VPHs no oncogénicos se estima en 4 meses²⁶.

Estudios transversales de la historia natural del cáncer cervical indican que cerca del 85% de las lesiones cervicales de alto grado presentan DNA de VPH, mientras que el 100% de los cánceres invasores de cérvix contienen secuencias de estos virus²⁷. De igual forma la prevalencia de VPH por grupos de edad muestra una distribución similar a su incidencia. En mujeres jóvenes la incidencia es alta y se

²⁶Lizano et al.(2009); Infección por virus del papiloma humano: epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis Cancerología 4:205-216. www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1272302572.pdf. Consultado Julio 2015.

²⁷Smith JS, Lindsay L, Hoots B, Keys J, Franceschi S, Winer R, et al. (2007). Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and highgrade cervical lesions: a metaanalysis update. *Int J Cancer*; 121(3): 621-32

acompaña además con infección de múltiples tipos de VPH, mientras que hay una disminución en la detección de VPH en los grupos de mujeres pre y postmenopáusicas.

Diversos estudios pretenden definir los factores de riesgo y marcadores que de alguna forma indiquen el comportamiento de una lesión premaligna. Los hallazgos al respecto repercutirán en un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino.

La infección de VPH sucede poco tiempo después del inicio de las relaciones sexuales. La mayoría de las infecciones desaparecen espontáneamente, pero algunas infecciones de VPH carcinogénicos pueden persistir e iniciar cambios oncogénicos en las células epiteliales en la zona de transformación cervical. En una pequeña fracción de casos, estas anomalías persisten y pueden progresar a cáncer cervical invasivo en ausencia de detección temprana y tratamiento. Los biomarcadores virales y celulares indican pasos claves del modelo de progresión funcional²⁸.

4.8.4 Genotipificación

Las infecciones por VPH, se encuentran distribuidas en todas las poblaciones alrededor del mundo. Es una de las infecciones más frecuentes de las transmitidas sexualmente y los genotipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 66 han sido implicados en el desarrollo del cáncer cervicouterino (CaCu). Alrededor del mundo se reporta que los genotipos 16 y 18 están más implicados en el desarrollo de CaCu. El VPH ha sido detectado en prácticamente la totalidad de los casos de CaCu invasor. México y Centroamérica tienen una de las tasas de incidencia de CaCu más altas en el mundo. En México, la tasa de mortalidad por CaCu es de

²⁸Lizano et al, (2009). Infección por virus del papiloma humano: epidemiología, Historia Natural y Carcinogénesis Cancerología 4:205-216. www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1272302572.pdf. Consultado Julio 2016.

9.9 por cada 100,000 habitantes y Chiapas tiene una de las tasas estandarizadas de mortalidad más altas del país. La mayoría de los sujetos infectados cursa sin manifestar clínicamente la enfermedad, debido a una eficiente respuesta inmune del hospedero. Sin embargo, pudieran presentarse lesiones benignas.

El VPH es un virus de ADN de la familia Papillomaviridae, cuyo genoma codifica 8 genes tempranos y 2 genes tardíos. Los genes tempranos 6 y 7 interfieren con las funciones celulares que normalmente impiden el crecimiento excesivo, ya que inactivan proteínas supresoras del crecimiento celular. Hay más de 200 tipos identificados y alrededor de 40 que afectan la región anogenital. Invaden, generalmente, el epitelio escamoso de la piel y mucosas, generan engrosamiento de estrato basal espinoso, y en un promedio de 3 a 4 meses se curan de manera espontánea, pero pueden generar recurrencia.

En el nivel mundial, los genotipos 16 y 18 del VPH son los más prevalentes, seguidos por los genotipos 45, 31 y 33. En población de América Latina, los genotipos 16, 18, 31, 33, 51 y 52 han sido identificados con mayor frecuencia en población general.

Las pruebas para ADN de VPH, por Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), han sido utilizadas junto con citología en el diagnóstico cervicovaginal y cánceres cervicales para mejorar la sensibilidad y el valor predictivo negativo. De hecho, el diagnóstico por PCR VPH está recomendado para pacientes con anomalías citológicas, basado en las nuevas directrices del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos²⁹.

²⁹ Domínguez Arrebillaga S. Sánchez González R.A. Becerra Victorio G. (2011); Frecuencia Genotípica del Virus del Papiloma Humano en población general de la frontera Sur de México; Medigraphic; Enf. Inf. Microbiolo 31(1):6-10. www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2011/ei111b.pdf. Consultado Julio 2015.

4.8.5 Factores de riesgo para la infección por VPH

Definición de Riesgo

En cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos, familias o individuos que presentan más posibilidades que otros de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematuras, etc. Por lo tanto son individuos o colectivos especialmente vulnerables. A medida que se incrementan los conocimientos sobre los diferentes procesos, la evidencia científica demuestra en cada uno de ellos que en primer lugar las enfermedades no se presentan aleatoriamente y en segundo que muy a menudo esa "vulnerabilidad" tiene sus razones.

La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicosociales, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso. Surge entonces el término de "riesgo" que implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. En conclusión el riesgo corresponde a la presencia de una característica o factor que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas³⁰.

Factor de Riesgo

En epidemiología se refiere a toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud³¹.

³⁰ Pita Fernández S, Vila Alonso MT, Carpente Montero J. (2002);Determinación de factores de riesgo; Unidad epidemiológica Clínica y Bioestadística;4:75-78 19/10/02.

https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo2.pdf Consultado Julio 2016.

³¹ OMS Factores de Riesgo. www.who.int/topics/risk_factors/es/. Consultado Marzo 2016.

Tipos de riesgo

- **Riesgo individual:** es la relación entre la frecuencia de la enfermedad en los sujetos expuestos al probable factor causal y la frecuencia en los no expuestos
- **Riesgo relativo:** es la posibilidad que tiene un individuo o un grupo de población con unas características epidemiológicas de personas, lugar y tiempo definidas, de ser afectado por la enfermedad.
- **Riesgo atribuible:** es parte del riesgo individual que puede ser relacionada exclusivamente con el factor estudiado y no con otros.
- **Fracción etiológica del riesgo:** es la porción de riesgo total de un grupo que puede ser relacionada exclusivamente con el factor estudiado y el resto el mundo
- **Riesgo para la salud pública:** significa la probabilidad de que se produzca un evento que puede afectar adversamente a la salud de las poblaciones humanas, considerando un particular la posibilidad de que se propague internacionalmente o pueda suponer un peligro grave y directo³².

Factores de riesgo

- Inicio de una vida sexual a edades tempranas

En México, en promedio la juventud inicia su vida sexual entre los 15 y los 19 años (CONAPO, 2010). La edad y el incremento en el número de parejas sexuales están asociados con la posibilidad de reinfecciones, principalmente cuando interactúan con sexoservidores(as). El inicio de una vida sexual a edad temprana,

³²Dirección General de Epidemiología; (2012).Manual de procedimientos estandarizados de Vigilancia Epidemiológica Internacional. Septiembre 2012. www.epidemiologia.salud.gob.mx/...manuales/13_2012_Manual_Vig_Epid_Internaci . Consultado en Enero 2016.

constituye uno de los principales riesgos, ante la motivación por pertenecer a un grupo social o las mismas presiones de la sociedad juvenil, derivadas de mensajes de los medios masivos de comunicación, que generalmente expresan modelos de convivencia inadecuados que generan necesidades ficticias, pues responden a un ambiente de competencia en todos los ámbitos, originando conductas riesgosas, conjugado con la falta de protección y la posibilidad de que la(s) pareja(s) pudieran estar infectadas lo que aumentan los riesgos de infecciones de transmisión sexual. Al empezar una vida sexual antes de los 20 años tienen mayor actividad sexual y por consiguiente más tiempo de exposición y probabilidades de estar en contacto con diferentes tipos de virus del papiloma o bien tener mayor cantidad de inóculo³³.

- Promiscuidad

A ello se suma la falta de información suficiente y adecuada, que haga posible generar conciencia sobre los riesgos que pueden provocar las ITS y con ella infección por VPH, las cuales constituyen una preocupación. En un estudio analítico descriptivo y retrospectivo con una muestra de 70 adolescentes que presentaron infección del VPH, dan cuenta de que el 72.9% de los jóvenes mencionaron haber tenido dos o más parejas sexuales. Y se confirma con otro estudio realizado en EE. UU. donde se encontró que los jóvenes con dos o más parejas sexuales son más propensos de contagiarse del VPH³⁴.

- Falta o uso inadecuado del preservativo

El comportamiento inadecuado puede tener repercusiones durante toda la vida, el acceso de información sexual dispersa, la mayor libertad y el desconocimiento de las consecuencias de una actividad sexual sin protección llevan a los adolescentes

³³Factores de Riesgo en adolescentes para contraer el virus de papiloma humano;(2012); Revista Digital Universitaria. Vol 13 Número 9;ISSN: 1067-6079 . www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/art96.pdf. Consultado Marzo 2016.

³⁴Idem

a incurrir en prácticas de riesgo para la salud. El uso incorrecto del preservativo o la ausencia del mismo en todas las relaciones sexuales, predisponen al contagio del VPH y otras ITS. Una de las medidas de prevención que puede disminuir ese fenómeno es promoviendo un mayor conocimiento de los beneficios que proporciona su correcta utilización del preservativo.

Por otra parte el condón femenino no se ha tomado en consideración por la Secretaría de Salud para estar en el cuadro básico de métodos anticonceptivos por ser más costoso. Lo que conlleva a su no uso por estar fuera de su alcance, aunque éste permita aminorar los riesgos de contraer VPH porque cubre más área genital y puede brindar una mejor protección que el condón masculino, sin impedir al 100% el contagio del virus en áreas sin protección y laceradas.

En el mismo tenor se sabe que existe la posibilidad de la transmisión a través de manos infectadas por VPH o de juguetes sexuales, que aún sin medir penetración alguna, pueden ser vía de transmisión de la infección en la piel no cubierta ³⁵.

- Higiene

La falta de higiene es otro factor de riesgo para la prevalencia de toda clase de infecciones a causa de la retención de esmegma (secreción que suele acumularse en los genitales de los mamíferos, tanto en machos como en hembras). Esta secreción procede del recambio celular, junto con el sebo proveniente de las glándulas de Tyson y fimosis (consiste en una estrechez del prepucio que impide retraer dicha piel hacia abajo y descubrir el glande por completo), generando el acúmulo de bacterias y virus en condiciones de irritación crónica, que fácilmente puede albergar a un agente patógeno e incrustarse por medio de la lesión.

La higiene en general y de los genitales en particular ayuda a aminorar la proliferación de bacterias y virus en el área genital, que son algunas de las zonas por las cuales nuestro cuerpo libera los desechos, como el conducto uretral que en

³⁵ Idem

el hombre desemboca por el glande y en la mujer muy cerca de la vagina, por lo tanto las bacterias siempre están presentes. Se sugiere que los hombres tengan el hábito de retirar el prepucio para lavar bien la zona del glande y que las mujeres abran los labios mayores para lavar entre ellos.

Una circuncisión en hombres y una higiene adecuada pueden ayudar a disminuir el riesgo de un contagio. Una higiene excesiva no garantiza ni impide el contagio del VPH, pero si disminuye en un porcentaje considerable las infecciones.

El personal del sector salud también han de cuidar su higiene ya que se ha visto que otra de las particularidades de este virus es su resistencia al medio ambiente, donde puede permanecer en secreciones hasta 24 hrs después de haber salido del organismo sin perder su capacidad infectante. También existen evidencias de otras formas de contagio como son: mesas de exploración ginecológicas, instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados y las perillas de las puertas de los baños, entre otras (ISSSTE- Boletín 2005)³⁶.

- Alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y abuso de medicamentos

Es difícil para la mayoría de la gente pensar que el alcoholismo y tabaquismo tienen alguna relación con el contagio del VPH, pero en el ámbito científico está comprobado que el hábito de fumar o tomar bebidas alcohólicas, tienen un efecto que favorece la infección de VPH. Ejemplo de ello es el efecto nocivo del abuso en el consumo de alcohol que produce determinadas sustancias que actúan como oxidantes, elementos cuya acción constituye un mecanismo importante en la inducción de transformaciones malignas celulares.

El hábito de fumar tiene un efecto nocivo en las secreciones vaginales, sobre todo en el epitelio del canal endocervical en donde es el reservorio del virus del papiloma, generando la inoculación con mayor facilidad en un ambiente óptimo para su propagación.

Un estudio que se hizo con mujeres en La Habana Cuba, mostró que la exposición

³⁶ Idem

a determinadas concentraciones de nicotina por un tiempo prolongado, al llegar al epitelio cervical, transportadas por el sistema circulatorio, potencia la proliferación celular por contribuir a la sobreexpresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico.

También el uso de medicamentos o consumo de drogas que provocan la depresión del sistema inmunológico predisponen al desarrollo del cáncer anogenital y del cuello uterino, otros factores que juegan un papel en la progresión de la infección es la susceptibilidad individual³⁷.

- Inmunidad

Existen factores genéticos o efectos colaterales de coinfecciones simultáneas como de otras enfermedades de transmisión sexual, que sirven de agentes aceleradores de los efectos del VPH tales como el Virus de Inmunodeficiencia, Virus del Herpes Simple tipo 2 y Chlamydia, Trachomatis, entre otros.

Otro riesgo es provocado por el uso prolongado de anticonceptivos orales, el cual se vincula con la persistencia de infecciones provocadas por el virus, lo mismo sucede con una alteración hormonal. Algunos estudios estiman que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales por más de cinco años duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino por el exceso de hormonas.

Por otro lado, en la mayoría de los individuos, resultado de una respuesta inmune deficiente, generalmente en lugares de pobreza donde existe desnutrición o mala alimentación, los adolescentes con inmunosupresión corren un riesgo especial de adquirir el VPH. Sus efectos en el sistema inmunitario aceleran la infección en el huésped y las lesiones causadas en estos pacientes son frecuentemente más difíciles de tratar, porque la persistencia y progresión son muy altas³⁸.

³⁷ Idem

³⁸ Idem

- Alimentación

Hoy en día es difícil mantener una alimentación adecuada y balanceada, debido a múltiples factores, lo que genera una baja de nutrientes indispensables para la manutención y protección de nuestro cuerpo, quedando vulnerable ante las enfermedades. Una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C, favorece la persistencia de la infección y la evolución de las lesiones intraepiteliales cervicales de primero, segundo y tercer grado, inclusive del cáncer cervicouterino. “Investigaciones de nutriólogos del Hospital General de México revelaron que las mujeres mal alimentadas tienen bajos niveles de antioxidantes y mayor riesgo a contraer el VPH precursor del cáncer cérvico uterino”³⁹.

Una buena alimentación ayuda a mantener las células en condiciones óptimas, de modo que no permita el acceso de ningún microorganismo patógeno, se recomienda una alimentación más rica en frutas y verduras que en carnes, la nutrición equilibrada en antioxidantes ayuda a reducir la probabilidad de infectarse. Existen circunstancias que aceleran el proceso de oxidación, entre ellas fumar, la contaminación ambiental, los rayos ultravioleta y los alimentos con alto contenido de grasas, sales y conservadores⁴⁰.

- Pobreza

La mayoría de la población se encuentra en situación de pobreza, sufren una discriminación social que se ve reflejada en la falta de servicios públicos, sin oportunidad de llegar a un nivel de educación superior, sin una vivienda digna, un empleo con prestaciones y un acceso a los servicios de salud, como consecuencia son individuos vulnerables, que se enferman con mayor frecuencia a causa de la situación en la que vive como consecuencia se encuentran más expuestos los adolescentes ante las enfermedades.

³⁹ Salud Notimex, 2011 lun 6 de jun. Mala alimentación aumenta riesgo de VPH. Consultado Junio 2015. <https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/631817.mala-alimentacion-aumenta-riesgo-de-vph.html>

⁴⁰ Idem

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010), menciona que las condiciones de desarrollo en las que se encuentran los jóvenes son un condicionante crítico del potencial individual y desafortunadamente un sector importante de la juventud enfrenta limitaciones para el bienestar, lo cual favorece la transmisión intergeneracional de la precariedad. Uno de cada cinco hogares tiene dificultades para satisfacer sus necesidades de salud y educación.

La persistencia de la pobreza constituye uno de los principales obstáculos para que los adolescentes puedan desarrollar sus capacidades humanas básicas, lo que pone a estos en condiciones de mayor vulnerabilidad en su vida reproductiva. Se considera que una baja economía impide la asistencia de los jóvenes a los centros de salud para una orientación sexual, una consulta en la utilización de métodos anticonceptivos y para realizarse un estudio preventivo como el Papanicolaou, lo que provoca la existencia de una brecha entre las campañas de prevención y la sensibilización de los jóvenes que aun cuando quisieran actuar en beneficio a su propia salud, no cuentan o no tienen el acceso a los servicios de salud adecuados.

- Educación

La falta de una cultura centrada en la sexualidad ha mermado la salud en hombres y mujeres. Factores culturales tales como algunas costumbres y tradiciones nos enseñan que es un tabú hablar de sexualidad y pocas son las familias que conversan sobre este asunto con sus hijos, por miedo a incitarlos o inducirlos a las prácticas sexuales. La inexistencia de una cultura sólida de la educación sexual en México, aunque exista la intención derivada de los planes y programas de la SEP y de la Secretaría de Salud, la información no ha sido precisa ni eficaz, no ha generado una conciencia del cuidado del cuerpo y la poca educación que generalmente se brinda en casa, es insuficiente para el cuidado de la salud reproductiva de niños y adolescentes.

Entre 2010 y 2012 disminuyeron en porcentaje y número de personas las carencias por rezago educativo; acceso a los servicios de salud; calidad y espacios de la vivienda; acceso a los servicios básicos en la vivienda, y acceso a la alimentación.

A nivel nacional, el rezago educativo se redujo de 23.7 millones de personas (20.7%) a 22.6 millones de personas (19.2%) entre 2010 y 2012.

En 2012, 20% (12 millones) de las mujeres y 18.4% (10.5 millones) de hombres tenían rezago educativo.

En el mismo año, la población rural con rezago educativo fue 32.4%, mientras que la urbana fue 15.3%.

En 2010, 27.6% (11.1 millones) de personas menores de 18 años no tenían acceso a servicios de salud, mientras que en 2012, 19.7% (7.8 millones) presentaban esta carencia.⁴¹

Otros datos que proporciona CONAPO son de las mujeres en edad fértil que sólo conocen un método anticonceptivo. La primera condición para que la población pueda recurrir a la anticoncepción para regular su fecundidad y prevenir alguna infección de transmisión sexual es el conocimiento de la gama de métodos anticonceptivos disponibles en el sector salud público o privado, pero lo más importante es que conozca cómo usarlos. En la ENADID 2014 (Encuesta Nacional de la dinámica Demográfica 2014 INEGI) se incluyeron preguntas sobre cómo se usa correctamente y dónde se coloca o aplica cada uno de los métodos⁴², en el Distrito Federal la mayoría (99.5%) de las mujeres en edad fértil reconoce la existencia de al menos un método anticonceptivo, pero sólo 97.7% sabe cómo usarlo⁴³.

Queda demostrado que la baja escolaridad en los adolescentes crea falta de conocimientos y oportunidades para combatir los riesgos y consecuencias

⁴¹www.ceneval.gob.mx Consultado en enero 2016.

⁴²Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2014. Módulo de la mujer. INEGI Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/bibliotecas/cha.aspx?unc=702825075255>. Consultado en enero 2016.

⁴³www.conapo.gob.mx Consultado en enero 2016.

generados al contagiarse por el VPH, aunado a las pocas visitas que realizan a los centros e instituciones de salud y la precaria información acerca de las medidas preventivas necesarias para aplicarlas a sus experiencias sexuales.

En un perfil de comportamiento sexual realizado con adolescentes mexicanos, los resultados proyectados mencionan que la escolaridad así como la edad fueron factores que influyeron en la utilización de algún método anticonceptivo, donde se describe que a menor edad, menor conocimiento y uso de anticonceptivos y a mayor edad, mayores cuidados.

Datos obtenidos por CONAPO (2010) indican que la gran mayoría de las mujeres (97%) conoce al menos un método anticonceptivo; sin embargo, más de la mitad no utilizó ninguno en su primera relación sexual. Mientras que en el año 2009 el 61.5 % de entre 15 a 19 años fue el sector que no utilizó ningún método anticonceptivo (CONAPO, 2009). Esto confirma que gran parte de los adolescentes aunque cuenten con los conocimientos de los métodos anticonceptivos que les brindan en el nivel básico de estudios, no lo creyó necesario en sus relaciones sexuales y muchos lo usaron en forma inadecuada.

De acuerdo con estadísticas de ENADID (2009), únicamente el 19.9 % de las mujeres utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. De ese porcentaje el 89.1% utilizó el condón. No obstante que el 98% de las mujeres, en general de entre 15 y 19 años de edad poseían conocimientos sobre los mismos, únicamente 10.3% los utilizaron. Por lo que los bajos niveles educativos y socioeconómicos, impiden la detección temprana de la enfermedad y contribuyen al aumento del riesgo de contagio del Virus del Papiloma Humano⁴⁴.

4.8.6 Patogenia

La naturaleza infecciosa de los virus oncogénicos representa un grupo diferente del resto de los agentes carcinógenos. El estudio minucioso de patogénesis de la

⁴⁴Factores de Riesgo en adolescentes para contraer el virus de papiloma humano(2012); Revista Digital Universitaria. Volumen 13 Número 9 • ISSN: 1067-6079 . www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art96/art96.pdf. Consultado Marzo 2016.

infección viral y de la respuesta del huésped es fundamental para entender su participación en la carcinogénesis. Aunque los virus oncogénicos humanos pertenecen a diferentes familias virales y utilizan diversas estrategias para originar el cáncer, comparten muchas características en común. Una de ellas es la capacidad de infectar y no destruir su célula huésped. En contraste con otros virus que causan enfermedades, los virus oncogénicos pueden provocar infecciones persistentes por largo tiempo. En consecuencia, han desarrollado estrategias para evadir la respuesta inmunitaria del huésped, que de otra forma eliminaría el virus durante las infecciones persistentes.

Aunque los virus oncogénicos son indispensables, no tienen la capacidad suficiente para originar los tumores con los que están implicados. De hecho, la mayoría de los individuos infectados por virus oncogénicos no padecen cáncer, pero en quienes llegan a padecerlo, transcurren muchos años entre la infección inicial y la aparición del tumor⁴⁵.

La mayor parte de los virus oncogénicos alteran la diferenciación celular, reactivan la síntesis de ADN, estimulan la progresión del ciclo celular e inhiben la apoptosis⁴⁶.

Los virus del papiloma son pequeños virus de DNA de doble cadena, sin envoltura, cuyo genoma está constituido por aproximadamente 7200-8000 pb, el cual se divide en tres regiones: una región temprana E (Early), la cual codifica para las proteínas virales (E1, E2, E4, E5, E6 y E7), necesarias para la replicación del ADN viral, la regulación de la transcripción y la transformación e inmortalización celular, una región Tardía L (Late), que codifica para proteínas estructurales (L1 y L2) y una región reguladora conocida como región larga de control LCR (Long Control Región), que contiene la secuencia de DNA que permiten el control de la replicación y de la expresión del genoma viral.

⁴⁵Parsonnet J. (1999);Microbes and malignancy: infection as a cause of human cancers. 1st ed. Oxford, UK: Oxford University Press;pp:89-106. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925443907002384. Consultado Julio 2015.

⁴⁶Alfandari J, Shnitman Magal S, Jackman A, Schlegel R, et al. (1999);HPV16 E6 oncoprotein inhibits apoptosis induced during serum calcium differentiation of foreskin human keratinocytes. *Virology*;257:383-96. europepmc.org/abstract/MED/10329549. Consultado Julio 2015.

El mecanismo de acción de los VPH de alto riesgo en el desarrollo de la neoplasia cervical, se explica principalmente por la acción de dos de sus oncoproteínas virales E6 y E7. Estas tienen la capacidad de inmortalizar y transformar queratinocitos, confiriéndoles un alto grado de inestabilidad cromosómica. La expresión continua de estos genes, es requisito indispensable para mantener el crecimiento neoplásico de las células del cérvix.

Estudios del mecanismo molecular del proceso de transformación, han revelado un complejo patrón de interacciones de estas proteínas virales con reguladores celulares, envueltos en procesos biológicos como: la apoptosis, la proliferación y diferenciación celular. Se considera que el proceso de integración del genoma del VPH al genoma de la célula hospedera es el evento fundamental en la progresión a cáncer debido a la sobreexpresión de las oncoproteínas E6 y E7 por la pérdida de E2, proteína implicada en su regulación.

4.8.7 Diagnóstico de la infección por VPH en Mujeres

Los programas de detección oportuna de cáncer han logrado disminuir con éxito la incidencia y la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino y desde hace más de una década, se ha recomendado el uso conjunto de la prueba de ADN del virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo (VPH-ar) en estos programas.

Las pruebas de citología o de Papanicolaou de alta calidad, como tamizaje secundario en la detección del cáncer cervicouterino, han reducido notablemente la tasa de mortalidad de la variedad de células escamosas, que es el tipo más frecuente y constituye de 80 a 90% de todos los cánceres cervicales. Esta reducción de la tasa de mortalidad es resultado de la detección de cáncer cervicouterino en etapas tempranas, cuando la tasa de supervivencia a cinco años es de 92%. Asimismo, la detección y tratamiento de lesiones intraepiteliales

escamosas del cuello uterino también disminuye la incidencia de este tipo de cáncer.

La prueba de citología o Papanicolaou cervical ha tenido éxito en reducir la incidencia y la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en países con programas de buena calidad de detección oportuna de cáncer.

Las pruebas con técnicas de biología molecular tienen gran utilidad clínica en la detección del ADN de los genotipos de VPH-ar. Estas pruebas de ADN de VPH-ar predicen mejor cuáles mujeres están en riesgo de iniciar una NIC III en 5 a 15 años, en comparación con el tamizaje basado en la citología.

La incorporación de estas pruebas de ADN de VPH-ar como estrategia para la detección de lesiones precursoras y cáncer cervicouterino, mejora el tratamiento e incrementa la duración entre los intervalos para la detección de estas afecciones, y disminuye el impacto psicosocial, comparado con la prueba de Papanicolaou, porque cuando el resultado es anormal, se requieren visitas adicionales, procedimientos clínicos y terapéuticos de las lesiones que están destinadas a regresar espontáneamente.

Con independencia de los diferentes métodos de detección oportuna de cáncer, 50% del cáncer cervicouterino se diagnostica en pacientes que nunca se han realizado algún método de detección oportuna de cáncer y 10% de éstos no han tenido un método de tamizaje en los últimos cinco años. Lo anterior sucede, principalmente, en mujeres de grupos marginados o regiones carentes de servicios médicos, con bajos recursos socio-económicos y diferencias raciales, donde las tasas anuales de incidencia de cáncer cervicouterino y la tasa de mortalidad son mayores que en la población en general. Aunque existan técnicas de biología molecular con programas de detección oportuna de cáncer, no habrá

una repercusión sustancial en la tasa de mortalidad si sus alcances y beneficios no llegan a todos los sectores de la población.

Donde actualmente los programas son limitados, con la incorporación de la prueba de ADN de VPH-ar se tendrán mayores ventajas, debido a que en el tamizaje rutinario se proporcionará mayor seguridad a largo plazo, en comparación con solo la citología o Papanicolaou. Cuando la prueba de ADN de VPH-ar es negativa, el intervalo para la toma de tamizaje se realizará con menor frecuencia.

El tamizaje secundario para la detección de lesiones precursoras o cáncer cervicouterino, basado en la citología o Papanicolaou anual, ha cambiado, pues actualmente el manejo para prevención y detección oportuna se basa en la edad de la paciente y en las pruebas de ADN del VPH-ar. La edad a la que se recomienda iniciar el tamizaje, basado en la citología o Papanicolaou para la detección de lesiones precursoras o cáncer cervicouterino, es a los 21 años y no está recomendado antes de esta edad. Para las mujeres entre 21 y 29 años el tamizaje citológico de alta calidad o prueba de Papanicolaou se realiza cada tres años y no se utiliza la prueba de ADN del VPH-ar para la detección de cáncer cervicouterino en este grupo de edad.

Los métodos de tamizaje preferidos para la detección oportuna de cáncer cervicouterino, en mujeres de 30 a 65 años de edad, son: la citología y la prueba de VPH-ar, que se realiza cada cinco años, pero también es aceptable la detección con Papanicolaou cada tres años.

El 100% de los cánceres cervicouterinos son de tipo escamoso y positivo a la prueba de VPH-ar; esta prueba tiene la ventaja de detectar tempranamente el adenocarcinoma cervical y sus lesiones precursoras, que son difíciles de detectar con la prueba de Papanicolaou o citología, así como por hallazgos colposcópicos.

Cuando la citología es anormal o positiva y la prueba del VPH-ar es negativa no es necesario efectuar otro estudio, pero el tamizaje de rutina será de acuerdo con la

edad de la paciente. No obstante, si ambas pruebas son negativas (citología y VPH-ar) o si el resultado de la prueba de VPH-ar es positivo existen dos opciones:

1. Repetir la citología y la prueba de VPH-ar a los 12 meses, si alguna es positiva se envía a colposcopia, si ambas son negativas, se continúa realizando el tamizaje de rutina de acuerdo con la edad.
2. Realizar la prueba de VPH-ar inmediata para genotipos de VPH-16 solo o VPH-16/18. Si son positivas se recomienda enviar a colposcopia. Si ambas pruebas son negativas de VPH-16 y/o VPH16/18, se realizan la citología y la prueba de VPH-ar en 12 meses y el tratamiento se basarán en los resultados de acuerdo con lo descrito en la primera opción.

No se requiere ningún método de detección oportuna de cáncer cervicouterino para mujeres mayores de 65 años que han tenido un tamizaje adecuado negativo previo y sin antecedentes de NIC-2 o una lesión mayor en los últimos 20 años. Una vez suspendido el tamizaje no debe restablecerse. Se define como el tamizaje citológico adecuado, previo al reporte de tres resultados negativos consecutivos o dos resultados de citología, además de una prueba de VPH-ar negativa consecutiva en los 10 años de haberlo interrumpido, con una prueba de VPH-ar negativa reciente en los cinco años de control.

El tamizaje de rutina debe continuarse durante 20 años, después de una NIC-2/3 o adenocarcinoma *in situ*, incluso si durante el control clínico el seguimiento de 20 años se extiende después de los 65 años de edad o en mujeres de cualquier edad que no hayan tenido antecedentes de NIC-2 o lesiones mayores. Sin embargo, el tamizaje citológico rutinario ya no es necesario en mujeres con histerectomía total. Se recomienda no cambiar el tamizaje rutinario en mujeres vacunadas contra VPH, la razón fundamental es que las dos vacunas aprobadas son altamente eficaces en la prevención de la infección por VPH-16 y VPH-18, (dos de los genotipos de VPH-ar que causan el 70% de todos los cánceres de cuello uterino).

La vacunación resulta efectiva en la prevención de NIC-2 y 3 en mujeres sin exposición previa a estos genotipos de VPH-ar, VPH-16 y VPH-18.

En poblaciones de mujeres vacunadas es posible que no tenga tanta importancia iniciar el tamizaje en la edad recomendada, sino iniciarlo en edades mayores por el riesgo futuro de padecer cáncer cervicouterino. No obstante, alrededor de 30% de los cánceres cervicouterinos continuará desarrollándose porque la primera generación de vacunas cubre sólo genotipos VPH-16 y 18, además, las recomendaciones para su aplicación incluyen la vacunación en mujeres hasta los 26 años de edad, por lo que muchas se vacunan después de adquirir la infección por VPH.

Lo anterior ha llevado a que la cobertura de vacunación contra el VPH aún no haya alcanzado niveles comparables en todos los países, pues es necesario que se garantice mayor cobertura en niñas, adolescentes y mujeres en edad reproductiva.

En países desarrollados se reporta que 32% de las niñas y mujeres en edad reproductiva han recibido tres dosis de la vacuna y la vacunación contra el VPH, que no necesariamente está dirigida a niñas o mujeres jóvenes antes del inicio de la vida sexual. Además de las diferencias geográficas y socioeconómicas necesarias para su cobertura, no existen datos que apoyen la modificación de los intervalos en los programas de tamizaje en el momento en que las mujeres han sido vacunadas.

Las nuevas directrices que deben implantarse en los programas de detección oportuna de cáncer para la prevención del cáncer cervicouterino son: iniciar la primera toma de citología a los 21 años, sin importar su vida sexual previa; realizar la citología cada tres años, a partir de los 21 años de edad hasta llegar a los 29 años. En este periodo no realizar ninguna prueba de ADN del VPH-ar, pero la citología y prueba de ADN del VPH-ar debe realizarse cada cinco años a partir de

los 30 hasta los 65 años de edad; y la suspensión del tamizaje rutinario en mujeres con histerectomía total por causas benignas y las mayores de 65 años con antecedentes de tamizaje rutinario previo negativo.

- Indicaciones de la citología cervicovaginal

La neoplasia cervical se desarrolla en respuesta a una infección por VPH de alto riesgo (oncogénico). Éste origina cambios en el epitelio de la zona de transformación, lo cual da lugar a una metaplasia escamosa que reemplaza al epitelio columnar (esta zona está muy activa durante la adolescencia y la edad adulta temprana).

Actualmente, la evidencia propone que el tamizaje debe iniciarse a los 21 años de edad. Sin embargo, contrastan dos hechos notables, en las pacientes adolescentes sexualmente activas o adultas jóvenes la tasa de infección por VPH es alta (más de 80%) con grados variables de displasia, pero el carcinoma es muy raro, se presenta en 0.1% antes de los 21 años. El objetivo no es detectar cáncer, sino lesiones precursoras.

En consecuencia, es relevante que el profesional de enfermería sea comprometido y experimentado en el conocimiento de la prevención, detección y seguimiento del CaCu.

Las estrategias básicas para lograr la detección oportuna de CaCu incluyen cobertura de la población blanco, adecuado intervalo de la aplicación del tamizaje, capacitación, recapitación y certificación de cada uno de los procesos, control de calidad interno y externo, estandarización de criterios morfológicos e implementación del sistema Bethesda 2001 para el reporte de la citología a nivel nacional y la correlación citocolpohistopatológica.

La Sociedad Americana contra el Cáncer recomienda que el tamizaje se interrumpa a la edad de 70 años en mujeres sin factores de riesgo y después de

tres citologías consecutivas negativas. Pero si existen factores de riesgo, deben evaluarse para reiniciar el tamizaje. En pacientes con histerectomía por indicación benigna y sin historia clínica de lesión cervical de alto grado, se puede suspender. Si la histerectomía fue por presencia de NIC II , III o con historia clínica negativa para lesión intraepitelial que no se puede corroborar, en el programa debe continuar.

- Consideraciones Especiales

Las adolescentes o pacientes menores de 21 años pueden tener inmunodeficiencia por otras causas, tales como VIH, trasplante de órganos, uso de esteroides, etc. En ellas, la citología cervical deberá hacerse a los 6 y 12 meses del inicio del diagnóstico; posteriormente se realizará anualmente, de acuerdo con la particularidad de cada caso.

Existen otros métodos de diagnóstico de lesiones precursoras y CaCu validados internacionalmente; sin embargo, en México no todos ellos se realizan de manera rutinaria debido a su alto costo. Los más utilizados son Captura de Híbridos (Qiagen), PRC en Tiempo real (Aptima), PCR (Roche) y PCR (Cervista)⁴⁷.

4.8.8 Diagnóstico de la infección por VPH en Hombres

En la población mexicana es muy raro diagnosticar lesiones peneanas y uretrales en el varón debido a tabúes y prejuicios sociales, además, es extremadamente raro que estas lesiones desarrollen carcinomas. Los virus del papiloma humano tipos 6 y 11 son los más identificados en las lesiones acetoblancas positivas en hombres⁴⁸.

⁴⁷Espinosa Romero, R. L. Arreola Rosales, N. Velázquez Hernández y Rodríguez Reyes E. R. (2014); Métodos de detección oportuna del cáncer cervicouterino. EL SEVIER. Gaceta Mexicana de Oncología;13(Supl 4):59-66. www.journals.elsevier.com/gaceta-mexicana-de-oncologia/. Consultada Julio 2015.

⁴⁸ Alarcón Herrera, A. Cervantes Sánchez A. Meneses Miranda T. Castillejos López M. Astudillo de la Vega E. Tena Suckf M.L. 2010. Penoscopia y citología uretral en hombres con parejas que presentan lesiones cervicales por virus del papiloma humano. Gac Méd Méx Vol. 146. Consultado Julio 2016. <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm104e.pdf>

La citología uretral es un método simple, rápido, específico, con sensibilidad, económico y de gran ayuda diagnóstica. Sin embargo, obtener un buen resultado depende de una buena toma de la muestra para el análisis citomorfológico, por lo que se recomienda el uso de la citoescobilla y no del hisopo; además, los resultados pueden variar debido a la cantidad y a la calidad de las células estudiadas y por supuesto, a la experiencia del examinador. El procedimiento es doloroso (pues la zona está altamente innervada y, por lo tanto, es muy sensitiva), sin embargo, vale la pena que todo varón cuya pareja presente lesiones cervicales se realice este estudio.

En la citología uretral se llega a observar cambios en los patrones debido a infección por transmisión sexual, por ejemplo, por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, por *Gardnerella*, etcétera; así como células gigantes multinucleadas en infección por herpesvirus. Los resultados de la citología uretral llegan a diferir de los obtenidos en los cultivos bacterianos. Es bien conocido el efecto sinérgico que existe entre la infección por *Chlamydia trachomatis* y el VPH, especialmente en las mujeres; 53 % de las infecciones por *Chlamydia trachomatis* persiste a pesar de tratamiento múltiple, por lo que se sugiere que la infección actúa de manera sinérgica para el desarrollo de la infección por VPH⁴⁹.

También en el varón se deben estudiar aquellas lesiones sugestivas de condilomas o las denominadas acetoblanco, con la ayuda de la penoscopia. Se debe proceder a un cepillado enérgico de la piel del prepucio, frenillo, surco balanoprepucial, glándula, meato uretral, fosa navicular y mucosa anoperineal o de aquellas zonas que la exploración clínica considere sospechosas. Las muestras de orina tienen menor rentabilidad. En el varón, el valor diagnóstico de la citología exfoliativa de las lesiones condilomatosas y sobre todo de las lesiones acetoblanco son de escaso valor. En la actualidad, el diagnóstico de certeza sobre las lesiones anteriores está basado en la detección del VPH por

⁴⁹ Gómez García I. Gómez Mampaso E. Conde Somoza S. Maganto Pavón E. Navío Niño S. Allona Almagro A. 2005. Infección por Papillomavirus en el hombre. Estado actual.; 29 (4): 365-372 Actas Urológicas Españolas. Consultado Septiembre 2015. <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v29n4/original4.pdf>

procedimientos de biología molecular y en concreto por dos métodos, la hibridación y la amplificación genómica mediante la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa (RCP).

La hibridación realizada con dos tipos de sonda múltiple, (una contiene genotipos de bajo riesgo y la otra contiene los de alto riesgo) tiene una limitada sensibilidad y no permite averiguar genotipo exacto, lo que conlleva a determinados problemas de tipo epidemiológico y social.

Por el contrario, la PCR tiene una sensibilidad más elevada, ya que permite la detección de un escaso número de copias del ADN viral y además permite el genotipado individual del VPH⁵⁰.

En la actualidad, el método más utilizado para la detección de VPH en el hombre es la amplificación de ácidos nucleicos utilizando la técnica de Reacción de Polimerasa en Cadena (RPC) y sus diferentes variaciones.

4.8.8.1 Tipos de muestra para detección de VPH en hombres

Una de las consideraciones más importantes para la detección del VPH en el hombre ha sido el sitio anatómico para la obtención de la muestra, debido a que existe una gran variabilidad en la incidencia de este virus según el sitio donde se obtenga la muestra. Las muestras obtenidas de uretra y semen son las que presentan menor positividad para la detección de VPH. Las muestras más recurrentes se obtienen mediante la frotación y rotación en el glande, corona y surco coronal, prepucio (zona interna y externa), eje del pene, uretra, escroto y ano. Además, se han realizado estudios para la identificación de VPH en muestras de semen, por las implicancias que el VPH podría tener sobre la funcionalidad, la concentración, movilidad y viabilidad de los espermatozoides.

Debido a que un mismo individuo puede ser positivo para VPH en varios sitios anatómicos al mismo tiempo, uno de los desafíos es determinar la combinación de

⁵⁰ Idem

muestras más representativas y accesibles que no alteren la prevalencia estimada y que, a su vez, tengan aceptación entre los hombres. La evaluación del sitio anatómico más adecuada para la detección de VPH en hombres heterosexuales demostró una mayor prevalencia en muestras del eje del pene (49,9%) seguido por el glande/surco coronal (35,8%), y los sitios con menor detección fueron la uretra (10,1%) y el semen (5,3%), con una incidencia total estimada de 65,4%⁵¹.

4.8.9 Sistemas de Clasificación Internacional

Existen muchos sistemas en el mundo para clasificar y denominar los tumores premalignos del cuello uterino tomando como base la citología y la histología. Algunos son más útiles que otros, toman en consideración el conocimiento de la evolución natural de la enfermedad adquirido durante las últimas décadas.

El sistema de clasificación de la neoplasia intraepitelial cervicouterino (NIC) se desarrolló en 1968 para tener en cuenta las distintas evoluciones naturales, observadas con diferentes grados de displasia. En muchos países todavía se usa en los informes citológicos, aunque hablando con propiedad sólo se debería utilizar en los informes histológicos (resultado del examen de las muestras de tejido al microscopio).

El sistema de Bethesda se concibió en la década de 1990 en el United States National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos). En este sistema, que sólo se debería utilizar en los informes citológicos, las NIC 2 y 3 se han reunido en un solo grupo, denominado «Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado» (HSIL). En la citología (esto es, en el examen de un frotis al

⁵¹Silva R. León D. (2013). Diagnóstico de la infección por virus de papiloma humano en el hombre. Rev Chilena Infectol 30 (2): 186-192. www.scielo.cl/pdf/rci/v30n2/art09.pdf. Consultada en Febrero 2016.

microscopio), es difícil, si no imposible, distinguir la NIC 2 y la 3. En la clasificación de 2001 de Bethesda, las células atípicas se dividen en ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado) y ASC-H (células escamosas atípicas, no puede excluirse una lesión intraepitelial escamosa de alto grado). Ésta es la clasificación recomendada por la OMS para los informes citológicos.

4.8.10 Sintomatología

Asintomático en estado inicial, depende del estadio de la enfermedad.

4.8.11 Tratamiento y Pronóstico

Los criterios para seleccionar el tratamiento aplican en función de los factores que influyen en el pronóstico de la enfermedad. Se considera factor de riesgo *intermedio* para recurrencias tumorales tener uno o más de los siguientes reportes de patología:

- Invasión profunda del estroma cervical;
- Tumor mayor a 4cm y
- Presencia de invasión linfovascular.

Se consideran factores de alto riesgo:

- Las recurrencias tumorales;
- Metástasis ganglionares;
- Invasión parametrial y
- Tumores en bordes vaginales de sección.

La ausencia de estos hallazgos coloca a la paciente como enferma de bajo riesgo para recurrencias tumorales. La evaluación de los siguientes parámetros influye la selección de la terapéutica inicial:

Variedades histológicas. Aunque algunos autores consideran que el adenocarcinoma tiene en general, un pronóstico menos favorable que el escamoso, no existen diferencias significativas en su evolución cuando se trata de las etapas tempranas del padecimiento. Lo anterior no aplica para los carcinomas neuroendocrinos, cuya evolución es menos favorable aun en estas etapas. Tamaño del tumor, profundidad de invasión al estroma e invasión al espacio linfovascular. Estos aspectos se consideran factores pronósticos independientes.

Los tumores de 2 cm o menos son de bajo riesgo para el desarrollo de metástasis ganglionares al igual que una invasión estromal <10 mm.

Los tumores con invasión 2/3 del estroma o que infiltran el cuerpo uterino tienen un alto riesgo de invasión paracervical y de metástasis ganglionares.

La invasión del espacio linfovascular definida por el número total de focos con invasión de dicho espacio ha mostrado ser un factor pronóstico independiente, que se vincula al riesgo de desarrollar metástasis ganglionares y de recurrencias tumorales.

Metástasis ganglionares e invasión parametrial. Es reconocido ampliamente que el compromiso ganglionar se relaciona directamente con el desarrollo de recurrencias tumorales y diseminación a distancia. La extensión parametrial se considera también un factor de riesgo importante para las recurrencias regionales con afectación en la supervivencia de estas pacientes.

Los márgenes vaginales comprometidos en los especímenes quirúrgicos, producto de los procedimientos quirúrgicos, son un factor pronóstico adverso para pacientes tratadas con cirugía, independientemente de que reciban o no adyuvancia en el posoperatorio.

Cuando la detección del cáncer cervicouterino se realiza en estadios tempranos es altamente curable, ya que las tasas de recurrencia van del 8-25%, lo cual permite incluso conservar la paridad en pacientes jóvenes con carcinoma en estadios 0 a IA2. Aunque es posible que se requieran técnicas de reproducción asistida o se produzcan abortos después de los tratamientos conservadores como la

traquelectomía, la evidencia demuestra una tasa de embarazos de hasta 49%, y la frecuencia de embarazos a término es casi de 80%.

Desafortunadamente, en México 80% de las pacientes con CaCu es diagnosticada en estadios clínicos localmente avanzados, lo que limita su supervivencia y la respuesta al tratamiento.

- Tratamiento de cáncer cervicouterino localmente avanzado
- Tratamiento adyuvante y neoadyuvante en cáncer cervicouterino
- Tratamiento de la enfermedad persistente, recurrente o metastásica
- Terapias blanco en cáncer cervicouterino
- Tratamiento de cáncer cervicouterino en situaciones especiales
- Tratamiento de cáncer cervicouterino con histologías especiales⁵².

4.8.12 Promoción a la Salud y Prevención

Los antecedentes de la Promoción de la salud surge a partir de 1978, con la declaración de Alma Ata “Salud para todos en el año 2000”, se establece a nivel mundial la importancia de la prevención de las enfermedades, por eso los esfuerzos se orientan hacia esta estrategia y la educación para la salud, desde entonces tuvo una participación sustancial en el trabajo sanitario.

Sin embargo las evaluaciones de los resultados derivados de esta estrategia al paso del tiempo mostraron que poco o casi nada se avanzaba a favor de la salud, por ello se desplazó la atención de la prevención a la promoción y con ello adquirió un interés central la salud y no la enfermedad y su prevención⁵³.

⁵²Torres Lobatóna A. Ávila Romerob S.A. Rico Olverac H. Caballero Moreno A. García Rodríguez F. García Matusf R. Durán Dangondg H. Gómez Gutiérrez G. Jiménez X. y Harp Hasane Z.A. (2014); Tratamiento de cáncer cervicouterino en estadios clínicos tempranos; Gaceta Mexicana de Oncología.13(Supl 4):59-66. docplayer.es/993961-Primer-consenso-nacional-de-prevencion-diagnostico-y-tratami. Consultado Julio 2015.

⁵³ Piña Jiménez I . (2004). Favoreciendo habilidades en el educador de la salud. Antología. México: Universidad Nacional Autónoma de México. ENEO. pp247.

No hay duda de la influencia de la OMS sobre la atención primaria a la salud de Alma Ata (1978) y e la filosofía de “Salud para todos en el año 2000”, que fueron inspiradoras de muchas iniciativas en todos los países del mundo, para mejorar las condiciones de salud.

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá 1986, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y bienestar social de Canadá, aprobó la muy conocida Carta de Ottawa, que se considera como el documento más importante para el marco de referencia de la Promoción de la Salud, no sólo sentó las bases doctrinarias, si no que abrió el camino para pasar de la retórica a la acción. Retoma la meta de alcanzar “Salud para todos en el año 2000”. Y es así como la Promoción de la Salud surge como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud para el mundo.

La Carta se acoge al nuevo concepto de salud que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste en la necesidad de estrategias definidas como la abogacía o cabildeo, la participación y la acción política, para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promovidas; da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas, para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud y la mediación para que intereses antagónicos se concilien y los actores de gobierno y ciudadanía, puedan modificar las condiciones que se oponen al bienestar⁵⁴.

De esta manera se define a la Promoción de la Salud en la carta de Ottawa (1986): como el proceso de habilitación de las personas con el objeto de mejorar su salud y aumentar el control que pueden ejercer sobre ella. Es decir consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

⁵⁴ Idem

La Promoción de la Salud o nueva Salud Pública, es un concepto relativamente reciente que engloba metodologías de diversas disciplinas con el propósito de mejorar la calidad de la vida y asegurar el desarrollo social sostenible.

La Promoción de la Salud comprende cinco esferas estratégicas:

- Establecimiento de políticas públicas dirigidas al mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad;
- Habilitación de individuos, grupos y comunidades para permitir un mayor control sobre las condiciones de la salud y la calidad de la vida;
- Desarrollo de habilidades y competencias, incluida la capacidad de acción y decisión de individuos y comunidades para mejorar la salud y la calidad de la vida, y el reforzamiento de las redes sociales y el capital humano y social;
- Creación de espacios saludables; mejoramiento de los aspectos físicos y psicosociales de los lugares de estudio, trabajo y convivencia, y mayor protección de estos ambientes;
- Reorientación con un criterio de equidad de los servicios de salud; refuerzo de las acciones preventivas y de promoción, y multiplicación de las acciones de colaboración entre los sectores interesados con el propósito de mejorar los factores sociales que determinan la salud⁵⁵.

Prevención: Conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud.

Se debería prestar apoyo a actividades y servicios en materia de educación sexual integrada para mujeres y hombres, con la asistencia y orientación de la familia,

⁵⁵Cerqueira M.T. Contl C. De La Torre A. Y Ippolito Shepherd J. (2000).La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. OPS/OMS. Declaración de México. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, junio de 2000. [tp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/j0243m/j0243m05.pdf](http://ftp.fao.org/docrep/fao/006/j0243m/j0243m05.pdf). Consultado Enero 2016.

docentes y los profesionales de la salud. Las actividades educativas deberían comenzar en la unidad familiar, la comunidad y las escuelas a una edad apropiada, para lograr una verdadera prevención⁵⁶.

Las actividades de Promoción de la Salud y prevención son parte integrante de la Atención Primaria. La existencia de patologías crónicas relacionadas causalmente con factores de riesgo derivados de modos de vida no saludables ha incrementado la importancia de actuaciones sanitarias.

La prevención se centra en desarrollar medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad.

Por tal motivo es necesario recordar los niveles de Leavell y Clark para retomar la función preventiva del profesional de enfermería, identificando la importancia de las intervenciones diarias.

Niveles de Prevención

Los distintos Niveles de Prevención están en íntima relación con las fases de la Historia Natural de la Enfermedad:

- Prevención primaria o frente a las causas.
- Prevención secundaria frente a la enfermedad en sus fases precoces.
- Prevención terciaria o rehabilitación, dado que previene la incapacidad.

⁵⁶Paredes Cruz E. (2012). Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN, filial Barranca. Lima, Perú. cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2433/1/Paredes_ce.pdf. Consultado Julio 2015.

Ante la enfermedad, se emplean, por tanto, tres tipos de esfuerzos con vistas a conseguir:

- Que no aparezca.
- Que desaparezca.
- Que se desarrollen capacidades que compensen las lesiones que se originen.

Los tres momentos de la prevención: primario, secundario y terciario.

Prevención Primaria

Son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo será disminuir la incidencia de la enfermedad.

Desde una vertiente más amplia y saludable, también incluye las actividades que buscan el desarrollo de las potencialidades físicas, psíquicas y sociales en individuos y comunidades.

Actúan en el periodo prepatogénico, es decir, antes de que la interacción entre los distintos factores y el individuo den lugar a la aparición de la enfermedad.

Las medidas de prevención primaria pueden intervenir:

- Sobre el medio ambiente: saneamiento ambiental, higiene alimentaria, etc.

Son medidas de protección de la salud.

- Sobre las personas: vacunas, quimioprofilaxis, quimioprevención, educación sanitaria, etc.

Las actividades de promoción de la salud son competencias en esta fase de los profesionales de enfermería en el mantenimiento y la Promoción de la Salud y

prevención de la enfermedad.

Vacunas

Las recomendaciones del Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) sobre inmunizaciones, de la Organización Mundial de la Salud, en la reunión de noviembre de 2008:

- La introducción de la vacuna profiláctica contra el virus del papiloma humano (VPH) puede ser de gran beneficio en el ámbito mundial.
- Debido a la magnitud del cáncer cervical y otras enfermedades relacionadas a la infección con VPH, se recomienda que la vacunación contra el VPH se incluya en los programas nacionales de inmunización, considerando que la prevención del cáncer cervical constituye un problema de salud pública prioritario.
- La introducción de las vacunas debe ser factible, sostenible y su financiamiento debe estar asegurado, por lo que ha de considerarse el costo-efectividad de las estrategias.
- La vacunación es más eficaz en las mujeres que no han estado expuestas al VPH, por lo que el grupo blanco primario pueden ser las niñas y adolescentes entre los 9 y los 13 años de edad. Las decisiones finales deben basarse en los datos de edad de inicio de las relaciones sexuales y la factibilidad de facilitar la vacuna en escuelas, servicios de salud y la comunidad.

Es recomendable la vacunación de adolescentes de mayor edad como segundo grupo prioritario para la vacunación, en el caso de que sea económicamente factible, sostenible y costo-efectivo, que además no sea causa de menor inversión de recursos para vacunar al primer grupo prioritario y que la proporción de adolescentes de mayor edad no expuestas al VPH sea significativa.

Con vacuna tetravalente contra genotipos 6, 11, 16 y 18 y bivalente contra genotipos 16 y 18 es eficaz en pacientes sin exposición previa a los genotipos virales contenidos en las vacunas, principalmente cuando no han iniciado la vida sexual activa, por eso se recomienda aplicarla a mujeres de entre 9 y 13 años de edad. La información debe proporcionarse en: la escuela, centros de salud o centros comunitarios. Deben promoverse campañas de información y difusión dirigidas a padres y personas que la soliciten.

- Ventajas de la utilización en México de un esquema a los meses 0, 6 y 60

Es más sencillo organizar una estrategia de vacunación inicial con las dosis a los 0 y 6 meses, en niñas de 9 años de edad (cuarto año de primaria). Estas niñas pueden ser vacunadas durante las semanas de vacunación en las que se visitan escuelas para aplicar dosis de refuerzo a niñas en sexto año de primaria.

Se amplía la cobertura de vacunación en un tercio, ya que con los mismos recursos se vacunarán más niñas inicialmente. Cuando sea necesario aplicar la tercera dosis, la vacuna tendrá un costo más accesible, por lo que en términos económicos será más costo-efectiva y sostenible.

La tercera dosis se aplicaría a los 14 años (tercero de secundaria), edad previa al inicio de relaciones sexuales en la mayoría de las adolescentes. El alza en los anticuerpos con la tercera dosis puede asegurar una mayor protección contra la infección persistente y sus consecuencias.

La aplicación de la tercera dosis en el tercer año de secundaria, puede ser combinada más fácilmente con educación sexual para evitar conductas de mayor riesgo para adquirir la infección con VPH y con información sobre la detección del cáncer cervical en la vida adulta y en general con educación sobre salud reproductiva.

El monitoreo de los títulos de anticuerpos en las cohortes de adolescentes mostrará si es necesario adelantar la tercera dosis, sin riesgo de exponerlas a la infección, con la seguridad de que una proporción significativa de adolescentes no

habrá iniciado actividad sexual a los 14 años.

Aun cuando se iniciara vida sexual antes de la tercera dosis, existiría una potencial protección en el periodo de riesgo de infección, que existe durante la actividad sexual.

La inmunización de las poblaciones expuestas a riesgo es, un método muy eficaz de controlar algunas enfermedades infecciosas y en los últimos años, se han puesto grandes esperanzas en la preparación de vacunas contra varias infecciones de transmisión sexual. Los principales problemas de inmunización contra dichas infecciones aparte de la necesidad de prepara vacunas eficaces son:

- Identificación de los grupos de alto riesgo
- La necesidad de persuadir a los miembros de esos grupos de que se presenten para inmunización.

Con la preparación de vacunas eficaces de bajo costo, es posible que en el medio apropiado, la inmunización se convierta en un importante instrumento para el control de algunas de las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo eso no significa que los programas de lucha deban esperar nuevas vacunas, ya que hoy en día existen muchas medidas sencillas, baratas y eficaces en función del costo.

Prevención Secundaria

Cribados o cribajes. Detección precoz de los problemas de salud.

Busca eliminar la enfermedad en sus primeras fases. Se articula en un conjunto de acciones que buscan:

- El diagnóstico precoz.
- El tratamiento intensivo correspondiente de las enfermedades antes de que

hayan producido manifestaciones clínicas que motiven a acudir a quienes las padecen a los centros asistenciales.

La prevención secundaria actúa cuando la primaria no ha existido o ha fracasado. Su objetivo es reducir la morbimortalidad. Tiene lugar en la fase presintomática del periodo patogénico de la Historia Natural de la Enfermedad. El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman los programas de cribado o detección (screening, tamizado, detección precoz) y consisten en el conjunto de procedimientos (pruebas de laboratorio, exploraciones radiológicas, etc.) que ofrece el Sistema Sanitario para detectar una enfermedad.

Los cribados pueden ir dirigidos a la población general o a algún grupo que por sus características personales sea considerado de riesgo. Las pruebas de cribado que se utilizan en la detección precoz de una enfermedad son generalmente muy sensibles porque interesa detectar todos los casos posibles. Esto implica que darán muchos falsos positivos y que posteriormente, estos sujetos tendrán que someterse a una prueba más específica, con el fin de confirmar el diagnóstico.

Prevención Terciaria

Se definen como aquellas actividades que están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida. Buscan enlentecer la progresión de la enfermedad y con ello, evitar la aparición o agravamiento de complicaciones e invalideces, intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Por tanto la prevención forma parte de las estrategias de Salud Pública para mejorar la salud de la mujer. Las lesiones intraepiteliales precancerosas progresan lentamente hasta que el cáncer cervicouterino se identifica en estadios avanzados, por esto la incidencia de esta enfermedad es baja en mujeres menores de 25 años

de edad, y se incrementa alrededor de los 35 a 40 años de edad, llegando a su punto máximo a los 50 y 60 años⁵⁷.

En la Historia Natural de la Enfermedad se pueden distinguir tres periodos:

- Periodo Prepatogénico

Comienza con la exposición a factores de riesgo o etiológicos y en él desempeñan un papel importante los elementos que favorecen la susceptibilidad del huésped para padecer la enfermedad. Estos factores de riesgo pueden ser no modificables (edad, sexo) o, por el contrario, ser susceptibles de cambios inducidos por actuaciones de prevención primaria, que es posible llegar a eliminarlos o, al menos, conseguir un descenso significativo de la exposición del sujeto a ellos.

- Periodo Patogénico

Se distinguen habitualmente dos estadios o fases: presintomática (sin síntomas ni signos de la enfermedad) y clínica.

Durante la primera ya se han iniciado los cambios anatomopatológicos inducidos por el agente causal y en la segunda, estas alteraciones orgánicas ya son lo suficientemente importantes como para dar lugar a manifestaciones en el paciente.

- Periodo de resultados

Son las consecuencias del avance de la enfermedad inducida por los agentes causales (muerte, incapacidad, situación de enfermedad crónica o curación)⁵⁸.

⁵⁷Idem

⁵⁸Manuel Sánchez Rosado. (2009); Elementos de Salud Pública; Ed. Méndez Editores;4ªed.p. 7-13.

4.9 Creencias en Salud

La educación en salud debe considerar aspectos cognitivos sociales y culturales de acuerdo a una determinada sociedad y desde esta perspectiva, en el ámbito de la Psicología emergen diferentes modelos sociales relacionados al comportamiento y la salud. Uno de estos modelos es el de creencias en salud , el cual describe la influencia de las conductas en salud y como ellas determinan la ejecución de dichas conductas.

Esta acción es producto de la presencia de los siguientes componentes: primero, la percepción de que se es susceptible de sufrir una determinada enfermedad; segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida y tercero, que al tomar la decisión de ejecutar una acción factible y eficaz en particular, puede ser beneficioso al reducir la susceptibilidad o la severidad del riesgo, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia y dolor entre otros. Cabe señalar que un componente importante también a considerar es la "*señal*" que permite movilizar al sujeto a realizar una acción preventiva.

Las creencias, al igual que otros elementos de la cultura, se desarrollan por medio de complejos procesos mediante los cuales, el conocimiento puede ser creado y modificado bajo la influencia de hechos, acontecimientos y experiencias de las personas.

De acuerdo a la Real Academia de la Lengua Española se define creencias como: el "Firme asentimiento y conformidad con algo" y si se consulta por el término creer lo define como el "completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos", "'Tener por cierto algo que el entendimiento no alcanza o que no está comprobado o demostrado", por lo tanto, si esta explicación la llevamos al plano de la salud, las personas actuarán alineadas a sus creencias, aprendidas en un contexto cultural determinado y descartando cualquier otra alternativa de

cuidado en salud que no coincida con dichas creencias.

- Creencia en relación a la infección por VPH y cáncer de cuello

Una de las principales asociaciones estudiadas en los últimos años es la relación que la población hace entre el VPH y el CaCu.

La entrega de información en relación al VPH, además de incrementar el conocimiento propiamente tal, incrementa la percepción de riesgo de desarrollar CaCu, lo que resulta interesante cuando se desea trabajar no tan solo con el conocimiento de las personas sino también con sus creencias.

Si las personas no se perciben en riesgo de enfermar o adquirir una infección de transmisión sexual (VPH), sería importante intervenir haciéndolos conscientes a mujeres y hombres que sus conductas de riesgo los exponen a altas probabilidades de contraer la infección por VPH.

Surgen creencias asociadas al estoicismo/ familismo, fatalismo/ negación, pero no así en los hombres en los cuales el fatalismo no es parte de los resultados. El estoicismo/familismo es cuando la preocupación de las mujeres por la familia y por otras personas significativas para ella, dan como resultado descuidar su necesidades, postergando su cuidado para no descuidar el cuidado y bienestar de su familia.

Un estudio realizado mostró que un número importante de mujeres refirió que "posponen" su atención, por otros integrantes de la familia, situación que corresponde en parte al rol que la mujer cumple al interior de la familia y dentro de la sociedad a la cual pertenecen. Existen otras mujeres que creen que el cáncer (CaCu) puede afectar el bienestar de la familia, por lo tanto no desean saber.

El estoicismo también se expresa en términos de soportar cualquier enfermedad que puedan padecer, "*aguantar*", soportar el dolor, en otras palabras, es una

enfermedad para "mujeres estoicas" que pueden postergarse por otros. Si bien este "estoicismo/familismo", puede ser considerado como barrera para un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento eficiente, puede convertirse en una muy buena herramienta que permita a las mujeres tener una mayor adherencia al control y seguimiento de la enfermedad, además de permitir a la familia la oportunidad de participar y apoyar en la toma de decisión en salud. Esto último es posible si la motivación de acudir a un centro de salud es cuidarse para estar bien no tan solo por ella sino también por quienes la rodean.

El fatalismo se ve reflejado al considerar al VPH como el agente etiológico del CaCu y lo que esto conlleva. Desde este punto de vista, se tiende a creer que el cáncer es una enfermedad inevitable que esta predeterminada y que una vez diagnosticada es incurable, por lo tanto "no hay nada que hacer". Las creencias fatalistas son determinadas o agravadas por el racismo, las dificultades económicas y la inaccesibilidad a la atención de la salud. La fatalidad de una enfermedad, si es tomada en su expresión máxima, evitará que la mujer lleve a cabo una conducta preventiva, asegurando que "frente a dicha sentencia de muerte no hay nada que hacer".

Otra área de las creencias relacionadas al VPH y al CaCu es la negación o la susceptibilidad de estar en riesgo de contraer el VPH, de enfermar de CaCu o de requerir de una muestra citología de Papanicolaou (PAP). Para sentirse en situación de riesgo, la mujer debe percibir algún síntoma de la enfermedad, algunas necesitan sentir algo diferente que les sugiera que están en riesgo de enfermar o que están enfermas. En un estudio realizado en Brasil, el 88% de las mujeres señalaron asistir al médico sólo frente a la presencia de síntomas de la enfermedad. Así mismo Pinho y cols, reportan en su estudio que el 45,3% de las mujeres necesita presentar síntomas que justifiquen la necesidad de solicitar el examen de PAP. Esta creencia determina que la mujer consulte sólo cuando presenta algún síntoma, lo que va en contra del concepto de detección precoz del CaCu, donde es sabido que la sintomatología se presenta en etapas avanzadas

de la enfermedad.

La literatura también expresa la negación frente al diagnóstico de infección por VPH en cuanto a ser portadores del VPH, ninguno de los dos, mujer/hombre, quiere ser portador de la infección del VPH, los hombres niegan cualquier tipo de infección, o la posibilidad de transmitir la enfermedad, dejando traslucir otro elemento cultural por parte de los hombres "el machismo" el cual se transforma en una barrera al momento de diagnosticar la infección y prevenir su contagio.

Vergüenza. Es una de las barreras que se considera importante, es el sentimiento de no querer que se enteren frente a la confirmación diagnóstica de infección por VPH, esta reportado que un 87% de las mujeres de su estudio sienten vergüenza frente a la toma de la muestra de PAP. La vergüenza fue asociada por las mujeres a la estigmatización de portar una enfermedad de transmisión sexual, por lo que pueden ser señaladas como promiscuas e infieles.

La vergüenza frente al diagnóstico por VPH fue más frecuente en personas jóvenes y con un nivel bajo de conocimiento relacionados con la enfermedad. En este punto cabe la reflexión, como las mujeres aceptan y no cuestionan, el hecho de no ser ellas las promiscuas o infieles, si no sus parejas, dejando traslucir en esta actitud el sentimiento que emerge desde las mujeres hacia el "machismo"⁵⁹.

⁵⁹MSc Concha P.X. MSc , Urrutia S. T. PhD ,Riquelme H. G.;(2012);Creencias y virus papiloma humano. Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.Rev.Chile.obstet.ginecol. vol.77 no.2.www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200002. Consultado Julio 2015.

5. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

5.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4to. Constitucional

La Nación mexicana tienen una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos y costumbres y formas específicas de organización social y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley.

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El estado lo garantizará.

Toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en los términos dispuestos por esta ley.

Toda persona tiene derecho a acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo, personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y

asequible. El estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyos y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos hídricos, estableciendo la participación de la federación, las entidades federativas y los municipios así como la participación de la ciudadanía para la consecución de dichos fines.

Toda la familia tiene derecho a disfrutar una vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios al fin de alcanzar tal objetivo.

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.

5.2 Ley General de Salud

Título Tercero

Prestación de los servicios de salud

Capítulo I Disposiciones Comunes

Art. 23 Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Art. 24 Los servicios de Salud se clasifican en 3 tipos:

- I. De atención médica
- II. De salud pública y
- III. Asistencia social.

Art. 27 Para los defectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- II. La prevención y control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria de las no transmisibles mas frecuentes y de los accidentes;
- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

Capitulo II Atención Médica

Art.32 Se entiende por atención médica al conjunto de servicios que se proporciona al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Art.33 Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas , que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno y
- III. De rehabilitación que incluye acciones tendientes a corregir las invalideces físicas y mentales.

Capitulo III

Art. 49 La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en

el ámbito de sus respectivas competencias, coadyuvarán con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, y estimularán su participación en el Sistema Nacional de Salud, como instancias éticas del ejercicio de las profesiones promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las autoridades sanitarias, cuando éstas lo requieran.

Capítulo IV Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad

Art. 51 Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Art. 57 La participación de la comunidad en los programas de protección de la salud y en la prestación de los servicios respectivos, tiene por objeto fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población.

Art. 58 La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes;

II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud;

III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en

determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;

TÍTULO TERCERO BIS De la Protección Social en Salud

Art. 77 BIS 9. Para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Dichos requerimientos garantizarán que los prestadores de servicios cumplan con las obligaciones impuestas en este Título.

La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:

- I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud
- II. Aplicaciones de exámenes preventivos;
- III. Programación de citas para consultas;
- IV. Atención personalizada;
- V. Integración de los expedientes clínicos
- VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;
- VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos y pronóstico, así como el otorgamiento de orientación terapéutica.

TITULO SEPTIMO Promoción de la Salud

CAPITULO I Disposiciones Comunes

Art. 110. La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su

participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Art. 111. La promoción de la salud comprende:

- I. Educación para la salud;
- II. Nutrición;
- III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- IV. Salud ocupacional, y
- V. Fomento sanitario

CAPITULO II Educación para la Salud

Art. 112. La educación para la salud tiene por objeto:

- I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;
- II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y
- III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Art. 113. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará,

propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

Tratándose de las comunidades indígenas, los programas a los que se refiere el párrafo anterior, deberán difundirse en español y la lengua o lenguas indígenas que correspondan.

TITULO OCTAVO Prevención y Control de Enfermedades y Accidentes

CAPITULO I Disposiciones Comunes

Art. 133. En materia de prevención y control de enfermedades y accidentes, y sin perjuicio de lo que dispongan las Leyes laborales y de seguridad social en materia de riesgos de trabajo, corresponde a la Secretaría de Salud:

- I. Dictar las Normas Oficiales Mexicanas para la prevención y el control de enfermedades y accidentes;
- II. Establecer y operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, de conformidad con esta Ley y las disposiciones que al efecto se expidan;
- III. Realizar los programas y actividades que estime necesario para la prevención y control de enfermedades y accidentes y
- IV. Promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, así como de los profesionales, técnicos y auxiliares para la salud y de la población en general, para el óptimo desarrollo de los programas y actividades a que se refieren las fracciones II y III.

CAPITULO II

Enfermedades Transmisibles

Art. 134. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia

epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles:

VIII. Sífilis, infecciones gonocócicas y otras enfermedades de transmisión sexual;

Art. 135. La Secretaría de Salud elaborará y llevará a cabo, en coordinación con las instituciones del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas, programas o campañas temporales o permanentes, para el control o erradicación de aquellas enfermedades transmisibles que constituyan un problema real o potencial para la salubridad general de la República.

Art. 144. Las vacunaciones contra la tosferina, la difteria, el tétanos, la tuberculosis, la poliomielitis y el sarampión, así como otras contra enfermedades transmisibles que en el futuro estimare necesarias la Secretaría de Salud, serán obligatorias en los términos que fije esta dependencia. La misma Secretaría determinará los sectores de población que deban ser vacunados y las condiciones en que deberán suministrarse las vacunas, conforme a los programas que al efecto establezca, las que serán de observación obligatoria para las instituciones de salud.

Art. 145. La Secretaría de Salud establecerá las Normas Oficiales Mexicanas para el control de las personas que se dediquen a trabajos o actividades, mediante los cuales se pueda propagar alguna de las enfermedades transmisibles a que se refiere esta Ley.

5.3 Normas Oficiales

5.4.1 NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

0. Introducción

El cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos primero en mortalidad, relacionada con las neoplasias malignas en la población en general

En la población femenina, el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad.

En los países con programas de detección masiva adecuados a través del estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino, atribuible a la detección de lesiones precursoras y preinvasoras, para las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo social y de servicios de salud.

Se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del Cáncer Cérvico Uterino y actualmente se encuentran en desarrollo nuevas alternativas tanto de detección como terapéuticas y de prevención primaria (vacunas preventivas), que se irán incorporando de acuerdo a los estudios de costo efectividad que se realicen, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

Es importante lograr una participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud, la cual se podrá lograr mediante la educación para la salud, las acciones de promoción, difusión e información de los factores de riesgo, así como la concientización en el autocuidado de la salud.

El beneficio que se espera obtener a través de esta Norma Oficial Mexicana es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Objetivo

El objetivo de esta Norma es uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

1.2 Campo de aplicación

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud de los sectores público, social y privado que realiza acciones de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer cérvico uterino. Se deberá dar especial atención a las áreas rurales e indígenas y a las zonas urbano-marginadas, a través de estrategias de extensión de la cobertura.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma es conveniente consultar:

2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

5. Generalidades

5.1 La orientación consejería se otorgará a toda mujer que solicite por primera vez la prueba de detección y/o que tenga un resultado positivo a LEIBG, LEIAG o cáncer.

5.2 La prevención primaria y secundaria se llevará a cabo por medio de la vacunación y de la citología cervical, respectivamente, éstas serán gratuitas en las

unidades médicas de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

5.3 Las mujeres con reporte citológico de lesión de bajo y alto grado, deberán referirse a una clínica de colposcopia.

5.4. El diagnóstico presuntivo de cáncer cérvico uterino se puede establecer por examen clínico, citología de cuello o colposcopia. El diagnóstico definitivo, se establece únicamente con el examen histopatológico por medio de biopsia dirigida o pieza quirúrgica.

5.5 El cáncer de cuello del útero se codificará con fines estadísticos de acuerdo con la décima revisión Internacional de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS-OPS) tal y como se indica a continuación:

6. Consejería

6.1 La consejería se considera parte importante del proceso de comunicación y análisis entre el prestador de servicios y la usuaria, por lo que toda consulta derivada del Programa de Cáncer Cérvico Uterino debe ir acompañada de la consejería como una acción primordial.

6.2 Mediante la consejería se debe proporcionar información, orientación, asesoría y aclarar dudas a la mujer y sus familiares, tomando como referencia lo establecido en esta Norma en materia de prevención, pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento de las lesiones de bajo y alto grado y del cáncer cérvico uterino.

6.3 La consejería debe explorar la expresión de sentimientos de la mujer como angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación como parte integral de la atención médica.

6.4 La consejería debe hacer énfasis en la efectividad y limitaciones que tienen la detección oportuna, el diagnóstico y el tratamiento, considerando la particularidad

de cada caso. Es importante enfatizar en la responsabilidad compartida de la mujer con el personal de salud en el éxito del tratamiento a través de su participación activa.

6.5 Por medio de la consejería se debe garantizar a la mujer y a sus familiares el carácter privado y confidencial de la información que proporcione para favorecer la comunicación con absoluta confianza y libertad.

6.6 Mediante la consejería, se debe asegurar que la decisión de realizarse la citología cervical sea libre, informada y basada en los principios de respeto, voluntariedad e imparcialidad de la orientación y se debe enfatizar que la toma de decisión sobre el tratamiento sea apoyada en el consentimiento informado.

6.6.1 Mediante la consejería se asesorará a los padres o tutores de mujeres menores de edad, sobre de las vacunas profilácticas para la infección por el VPH.

6.7 La consejería debe ser proporcionada por personal de salud que haya recibido capacitación específica y debe estar ampliamente informado sobre la prevención, detección y tratamiento de las lesiones precursoras y cáncer cérvico uterino.

6.8 La consejería debe impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que la usuaria haga al personal de salud o al servicio.

6.8.1 Se debe tener especial interés en proporcionar consejería a mujeres que:

- Nunca se hayan realizado la detección
- Presenten los factores de riesgo asociados a cáncer cérvico uterino
- Acudan a la clínica de colposcopia
- Tengan hijas menores de edad
- No hayan iniciado vida sexual

7. Prevención

La prevención del cáncer cérvico uterino se realizará por medio de la promoción de la salud, la vacunación y la detección oportuna, orientadas a evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir oportunamente lesiones precursoras.

7.1 Prevención Primaria

La prevención primaria establece premisas de educación en salud para reducir conductas sexuales de alto riesgo e incluye el uso del condón, promoción de relaciones sexuales monogámicas y el uso de las vacunas profilácticas contra los VPH's asociados más frecuentemente al cáncer cérvico uterino. El uso, aplicación, dosis, indicaciones y periodicidad serán establecidos de acuerdo a la NOM-36-SSA2-2002.

7.1.1 Actividades de Educación para la Salud

El personal de salud deberá:

- Informar a la población en general sobre la importancia de la enfermedad, los factores de riesgo y las posibilidades de prevención, diagnóstico y de tratamiento oportuno.
- Alentar la demanda de atención médica oportuna, periódica y de calidad para la detección y/o tratamiento, garantizando la información suficiente para la usuaria acerca de los procedimientos, con el consentimiento informado por escrito, en los casos de tratamiento quirúrgico que señalan los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Promover las acciones de detección oportuna y tratamiento.
- Orientar a las mujeres y hombres sobre su compromiso en el autocuidado de la salud y sobre su participación en los factores de riesgo de la enfermedad.

7.1.2 Factores de riesgo:

- Mujeres de 25 a 64 años de edad.
- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano.
- Múltiples parejas sexuales (del hombre y de la mujer).
- Tabaquismo.
- Desnutrición.
- Deficiencia de antioxidantes.
- Pacientes con inmunodeficiencias.
- NUNCA HABERSE PRACTICADO EL ESTUDIO CITOLÓGICO

7.1.3 Actividades de Participación Social

El personal de salud deberá:

- Promover la participación de grupos organizados y líderes de la comunidad para que actúen como informadores y promotores ante su núcleo de influencia.
- Integrar a la población femenina de las asociaciones, agrupaciones gremiales, centros laborales, asociaciones de profesionales del campo de la salud y del campo de la comunicación, así como asociaciones de la sociedad civil, a que participen en las acciones intensivas y permanentes de detección oportuna de cáncer cérvico uterino.
- Capacitar a promotores institucionales y voluntarios, de acuerdo con los lineamientos de esta Norma.

8. Detección oportuna

8.1 Los métodos de tamizaje para la detección oportuna de cáncer del cuello uterino son:

Citología Cervical y Visualización Directa con Acido Acético (sólo cuando no se cuente con infraestructura para realizar la citología cervical). Las pruebas biomoleculares como Captura de Híbridos y RPC, pueden ser utilizadas como complemento de la citología.

8.1.1 El personal de salud de primer contacto (médicos, enfermeras y técnicos capacitados) ofrecerá a toda mujer entre 25 a 64 años de edad, en especial a aquellas con factores de riesgo, la prueba de detección del cáncer cérvico-uterino y se le realizará a quien la solicite independientemente de su edad.

8.2 Las mujeres con muestra citológica inadecuada para el diagnóstico, deberán ser localizadas en un lapso no mayor a 4 semanas, para repetir la prueba.

8.2.1 En mujeres con dos citologías anuales consecutivas con resultado negativo a lesión intraepitelial o cáncer, se realizará la detección cada 3 años.

8.2.2 A las mujeres con resultado citológico de lesión intraepitelial o cáncer, se les informará que el resultado no es concluyente y que requieren el diagnóstico confirmatorio. Estas pacientes serán enviadas a una clínica de colposcopia. Cuando sean dadas de alta, continuarán con el control citológico establecido.

8.3 El resultado citológico se reportará de acuerdo con el Sistema de Clasificación Bethesda.

5.4.2 Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

0 Introducción

Para mejorar los actuales niveles de salud de la población mexicana, mediante la prevención de las enfermedades que pueden evitarse con la administración de vacunas, el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y del Consejo Nacional de Vacunación, ha considerado los diferentes aspectos a normar en relación con la aplicación de Vacunas, Toxoides, Faboterápicos (sueros) e Inmunoglobulinas.

La presente Norma Oficial Mexicana considera todas las vacunas que están disponibles para su aplicación en México, de manera universal a la población y también a aquéllas que apoyan y fortalecen la salud pública. Tiene como propósito asegurar la protección de toda la población susceptible, así como de los grupos de riesgo en el país, contra las enfermedades que se previenen mediante la vacunación o se tratan con la aplicación de productos biológicos como inmunoglobulinas o faboterápicos (sueros).

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma tiene por objeto homologar los criterios y procedimientos para la aplicación, manejo, conservación de los biológicos y prestación de los servicios de vacunación, así como para el desarrollo de las actividades en materia de control, eliminación y erradicación de las enfermedades que se evitan mediante la vacunación.

1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria para las personas físicas y morales que prestan servicios en los sectores público, social y privado, que aplican biológicos y participan en la promoción, difusión e información sobre vacunas al

público en general.

5. Disposiciones generales

5.1 Todos los productos biológicos que se apliquen en el territorio nacional, de origen mexicano o extranjero, deberán cumplir con las especificaciones de calidad y seguridad señaladas en cada caso por la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

5.2 Las vacunas aplicadas rutinariamente en el país, así como los grupos de edad y riesgo que las recibirán, serán las establecidas en los lineamientos emitidos por la Secretaría de Salud, de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables.

5.3 La aplicación de los productos biológicos se realizará durante todos los días hábiles del año por personal capacitado en todas las unidades del primer nivel de atención; en hospitales del segundo nivel se cubrirá la demanda durante los 365 días del año. Las unidades hospitalarias de tercer nivel que cuenten con servicio de medicina preventiva, apoyarán las acciones de vacunación; la vacunación extramuros se realizará con la periodicidad que cada institución establezca para completar esquemas y aplicar dosis adicionales.

5.4 Todos los productos biológicos deben ser aplicados por personal capacitado, mismo que deberá entregar a cada beneficiario el comprobante específico o registrarlo en la Cartilla Nacional de Salud correspondiente, con sello de la institución o, en su caso, firma y número de cédula profesional del responsable, así mismo deberá hacer la anotación correspondiente en el censo nominal, registrando el número de lote y fecha de caducidad de los productos administrados.

5.5 Toda institución pública federal o entidades de la Administración Pública Federal deberán someter la propuesta de introducción de vacunas no incluidas en el Esquema Básico de Vacunación al Centro Nacional para la Salud de la Infancia

y la Adolescencia quien a su vez someterá la propuesta en el Consejo Nacional de Vacunación. Será el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia quien emitirá el dictamen final.

5.6 La vacunación en instituciones educativas podrá realizarse a través de las autoridades sanitarias federales y/o de los gobiernos de las entidades federativas.

6.22 Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH).

6.22.1 Descripción: Es una vacuna recombinante tetravalente (tipos 6, 11, 16 y 18) o bivalente (16 y 18), que protege contra las infecciones causadas por los virus del papiloma humano.

6.22.2 Indicaciones: para la prevención de infecciones causadas por el Virus del Papiloma Humano.

6.22.3 Vía de administración: intramuscular, aplicar preferentemente en la región deltoidea del brazo derecho.

6.22.4 Grupo de edad: se aplicará en las niñas de 9 años de edad.

6.22.5 Esquema: tres dosis; la primera en la fecha elegida; segunda dosis, al mes o dos meses de la dosis inicial (dependiendo del proveedor); tercera dosis, a los 6 meses de la primera dosis (cero, 1 o 2 y 6 meses).

6.22.6 Dosis: 0.5 ml.

6.22.7 Contraindicaciones: no suministrar a mujeres embarazadas y personas con antecedentes de hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna. Fiebre mayor a 38.5°C. La vacunación de las personas con enfermedad aguda, moderada o severa debe aplazarse hasta que el paciente mejore. No administrar

en menores de 9 años de edad.⁶⁰

5.4 Consentimiento informado

El «consentimiento informado» es el resultado evolutivo del cambio cultural de la relación entre el prestador de servicios médicos y la ciudadanía. Es conocido que la moderna doctrina del “consentimiento informado” nace en la problemática de los tribunales norteamericanos a principios del siglo pasado en cuyas resoluciones se destacan, junto al fundamento jurídico, el carácter de postulado y dimensión ética. En éstas, se declara terminantemente que todo ser humano de edad adulta y mente sana tiene el pleno derecho de decidir qué se puede hacer con su propio cuerpo y que quien realice una prueba o intervención sin el consentimiento del afectado comete un delito.

Así mismo, es pertinente reconocer el valor histórico y la conciencia reparativa que se contemplan en las dos principales declaraciones mundiales sobre el tema: el Código de Núremberg, de 1947 y la Declaración de Helsinki; ambas, promulgadas por la Asamblea Médica Mundial de 1964 y ratificadas en Tokio en 1975 cuya resonancia y peso de reconocimiento son hoy de carácter mundial, pues estas declaraciones hacen especial énfasis en el significado y la esencia básica del «consentimiento informado», y precisan también, sus límites, además de que distinguen aquellos aspectos u observaciones que necesariamente deben tenerse en cuenta cuando esté dirigido a las personas o a la población en general.

El “consentimiento informado” se puede definir como el compromiso del médico y su paciente de establecer un espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita (casos de riesgo) la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación de la medicina, resaltando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien recibe la atención, pueda decidir y otorgar una

⁶⁰Vigencia Norma Oficial Mexicana 36, entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. Sufragio Efectivo. No Reelección. dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225. Consultado febrero 2016.

autorización clara, competente, voluntaria y autónoma.

Esto se convierte en una real colaboración y beneficio en pro de la sociedad, de la ciencia médica, la ética y la normativa aplicable. El consentimiento informado es la expresión de dos voluntades debidamente conocedoras, competentes y autónomas, las cuales deciden participar activamente en la atención médica y que garantiza que el sujeto o paciente después de haber comprendido la información expresa la intención de colaborar o corresponsabilizarse.

Lejos de un mero requisito legal o de escudo autoprotector de quién presta un servicio de salud, contra una demanda, el instrumento que nos ocupa es ante todo un acto de responsabilidad profesional que está elevando la calidad de la atención médica y de quien la realiza, garantizando su éxito, el respeto al proceso, a la autonomía, a la dignidad humana y a la intimidad.

Así tenemos que el “consentimiento informado” es un acto de comunicación humana y que en casos de riesgo o aquellos en los que la normativa nos indica, debe documentarse en una carta firmada.

La carta de consentimiento informado en medicina debe ser un documento que contenga información suficiente y adecuada, con una firma del paciente o del familiar involucrado.

Pero también lo podemos considerar como un derecho del paciente que constituye a la vez una exigencia jurídica para el médico, que tiene además un fundamento ético y una finalidad clínica, de ahí que no sólo sea una exigencia legal, sino que es primordialmente una actividad que tenemos que realizar los médicos frente a nuestros pacientes.

El objetivo primario del proceso, para obtener el consentimiento informado del paciente, es tranquilizar al paciente o sus familiares, para ello debemos brindar información clara y suficiente para explicarle qué le vamos a hacer, el motivo del

procedimiento, los riesgos inherentes al mismo, las complicaciones que se pueden presentar, las posibilidades de éxito, y otras alternativas para tratar su enfermedad, para que juntos, médico y paciente, con toda la información comprendida, tomen la mejor decisión. Queda claro que no debemos someter a nuestros pacientes a riesgos innecesarios o a riesgos que sean superiores a los beneficios que se pudieran obtener, también es mejorar la comunicación médico-paciente; el sentarse a dialogar, al comunicarse con el paciente mejora esta relación y naturalmente ayuda a tomar decisiones. Informarle al paciente sobre los riesgos generales como: sangrado, infección, descompensación del alguna enfermedad, alergias, lesión a otro órgano, molestias o incapacidades posteriores, deberán tomarse en cuenta para informarlo al paciente o su familiar.

El objetivo secundario del consentimiento informado es dar cumplimiento a la NOM en la materia y tener un atenuante legal en caso de una demanda sin evidencia de mala práctica.

El consentimiento informado puede ser expreso, la doctrina que lo sustenta informa que es válido el consentimiento expresado verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología o por signos inequívocos, es decir por cualquier forma de expresión, pero hay que anotar la forma en que se dio el consentimiento.

Así también encontramos el consentimiento presunto, que tiene su fuente en el segundo párrafo del artículo 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y se aplica, por razón de orden público, a los casos de urgencia: “Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico”.

El consentimiento tácito, que encuentra su sustento en el artículo 324 de la Ley General de Salud, que establece: “Habrá consentimiento tácito del donante, cuando no haya manifestado su negativa a que su cuerpo o componentes sean utilizados para trasplantes, siempre y cuando se obtenga también el consentimiento de alguna de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme a la prelación señalada...”

La carta del consentimiento bajo información, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico) se define como el documento escrito, signado por el paciente o su representante legal, mediante el cual se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios; es revocable mientras no inicie el procedimiento y no obligará al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente. Si durante la intervención tenemos que realizar algún procedimiento para el cual no se había solicitado el consentimiento, y si es para beneficio del paciente, el médico esta obligado y autorizado a hacerlo.

De acuerdo con la Ley General de Salud y los Reglamentos que de ella emanan, las intervenciones o procedimientos que requieren del consentimiento informado escrito del paciente o de su representante legal son: ingreso hospitalario, fertilización asistida, cirugía mayor, anestesia general, salpingoclasia y vasectomía, investigación clínica en seres humanos, amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación permanente de la personal, disposición de órganos, tejidos (incluye la sangre) y cadáveres, necropsia hospitalaria y procedimientos con fines diagnósticos y terapéuticos considerados de alto riesgo.

En conclusión podemos decir que el consentimiento validamente informado es un

derecho del paciente basado en su autonomía y autodeterminación, también podemos afirmar que es una exigencia ética, legal y administrativa para el médico; pero sobre todo que es un acto clínico cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad desde el punto de vista administrativo, civil e incluso violación de derechos humanos, y hay que expresarlo por escrito cuando lo dispone la ley, sin embargo, el tener “machotes o cartabones” para tal fin, no es correcto ya que cada paciente tendrá los riesgos inherentes a su propia persona, es decir la intensidad del riesgo, por ejemplo, de una cirugía depende de factores como: la edad del paciente, la presencia de otras enfermedades, las cirugías previas, el estado de nutrición, la idiosincrasia a ciertos medicamentos. El consentimiento informado es básicamente un proceso de comunicación y tiene que enfocarse a tranquilizar al paciente, a beneficiarlo y a enfrentar de mejor manera su enfermedad⁶¹.

⁶¹Tena Tamayo C. (2004) “Consentimiento válidamente informado” Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 3, julio - septiembre, p.3. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3392307.pdf>. Consultado Marzo 2016.

6. MARCO DISCIPLINAR DE ENFERMERÍA

6.1 Evolución Histórica del Cuidado

Etapas Históricas del Cuidado

- Etapa Doméstica

La mujer desde el inicio de la civilización, ha demostrado que es un ser cuidador, aun frente a las condiciones adversas del medio y lo comprueba la antropología y la historia. Alrededor de cada mujer de familia se entrelazan y se elaboran las prácticas rituales que atienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad por medio de elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación utilizando las manos como elemento importante de contacto maternal esto para transmitir bienestar. En consecuencia los cuidados van encaminados a este mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, adecuada alimentación, el vestido y en general, todas las medidas que hacen la vida más agradable, algunas de las cuales en la actualidad se llama cuidados básicos.

La asistencia a la salud de manera intuitiva como forma de lucha contra la enfermedad, que ha existido desde épocas más remotas de la prehistoria, es una actividad presente en todas las sociedades.

- Etapa Vocacional

En el apogeo del poderío romano, bajo el gobierno de César Augusto, se produjo uno de los hechos más importantes de la historia de la humanidad: nacimiento de

Jesús en Judea. Ningún otro suceso, a lo largo de la historia del mundo, ha tenido consecuencias tan importantes para el devenir de los pueblos.

La iglesia resaltó la misión salvadora de Cristo para con los desvalidos y enfermos, en contra de lo que propugnaban las demás creencias. Como consecuencia directa de esta forma de sentir, la religión creó numerosas instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos, necesitados y a partir de este momento, la presencia de la iglesia va a ser constantemente en el mundo de la enfermedad. Las referencias a los cuidados, inexistentes en épocas anteriores o cuando menos escasas en todas las culturas precedentes son continuas a partir del inicio del Cristianismo. El auge del Cristianismo empujó sin lugar a dudas el desarrollo de los cuidados, que pasaron a considerarse un deber sagrado y adquirieron un enfoque humanitario que previamente no había tenido. Los aspectos positivos a partir de las enseñanzas cristianas, son evidentes y se han identificado específicamente. Pero este pensamiento religioso también obstaculizó el progreso de los cuidados, dada su estrecha relación con la religión y las órdenes religiosas. La disciplina estricta se convertiría, durante muchos siglos, en un modo de vida. Las personas dedicadas a la tarea de cuidar acabaron por ser adiestradas para la docilidad, pasividad, humildad y un desprecio total a sí misma. Se promulgó una obediencia incontestable a las decisiones, en relación con la atención de los enfermos. El amor al prójimo como lo hizo Cristo, hizo que naciera el cuidado a los enfermos como una obra de misericordia. Las primeras cuidadoras florecieron rápidamente en forma de congregaciones, hermandades y órdenes dedicadas al cuidado de los enfermos, las primeras fueron fundadas por mujeres con el fin de realizar un trabajo social. De las cuales destacaron: las Diaconizas, viudas, vírgenes y matronas.

- Etapa Técnica

Se relaciona con el concepto de la salud como lucha contra la enfermedad. El concepto salud-enfermedad en los inicios del mundo contemporáneo pierden la

connotación religiosa que imperaba hasta entonces. El siglo XX transcurre para las enfermeras con dos presiones de significado opuesto que hacen entrar a estas en un conflicto permanente. De una parte, la sociedad de la época espera de las enfermeras una actitud maternal y abnegada, basada en el modelo precedente. Por otra los servicios de salud, organizados bajo patrones médicos, exigen a las enfermeras cada vez más especialización en técnicas curativas y menos preparación en la atención del enfermo como persona.

Ambas influencias entran en crisis, motivada la primera por la progresiva secularización de la sociedad y de las propias enfermeras, que comienzan a desechar el aspecto vocacional de un sentido meramente religioso. Y la segunda por la dependencia de enfermería a la clase médica por que cada vez se hace menos cuestionable que una profesión femenina deba estar organizada y gestionada por mujeres. A pesar de estas consideraciones, en este tiempo la actividad de enfermería se basa en la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales, como trabajo auxiliar de la medicina, siendo sus tareas más importantes y valoradas: medición de signos vitales, prácticas de cura, administración de fármacos entre otros. En el siglo XX el hospital inicia la función curativa compartiendo esta con la función de auxilio a los pobres, simultáneamente a este concepto se sistematiza el uso de la anestesia, la implantación de la asepsia y antisepsia, la aplicación de los rayos X, etc.. lo que contribuyo al desarrollo de la actividad médica curativa como mejora de la calidad de vida.

- Etapa Profesional

En esta cuarta etapa de la historia del cuidado, la enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propios y la responsabilidad definida en la atención a la salud de la población. Tanto desde el punto de vista formal como sociológico, la enfermería es hoy muy distinta a como se practicaba

hace 50 años. Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar, dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar. Así mismo en el campo asistencial los cambios acontecidos han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado con un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos de enfermería.

Es necesario destacar el impulso de las asociaciones profesionales por su contribución al cambio que se está experimentando. El modelo de la enfermera como persona de cultura y como profesional competente desde que Florence Nightingale, estableciera la necesidad de la formación específica de las enfermeras, hasta la década de los años 50' y 70' se produce una interrupción en el desarrollo de la disciplina enfermera. A partir de estos años se producen las enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson, que inician estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería. Al mismo tiempo, enfermeras docentes, entre las que cabe destacar a Ida J. Orlando, describen métodos de trabajo propios de la actividad profesional. Con estos hechos, entre otros, la actividad de cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud. En la profesionalización de una actividad intervienen una serie de factores, que en el caso de la profesión enfermera se puede considerar de dos ordenes: formal y sociológico, siendo ambos decisivos para el reconocimiento de la enfermería como profesión.

Según Doheny y Cols., la práctica de enfermería está influenciada por tendencias internas y externas a la profesión, no obstante, hay que mencionar la fuerza que ejercen las necesidades del contexto y de la misma profesión, sin embargo, hay componentes que permanecen constantes en la práctica, esto son los "roles elementales" que difiere de sus funciones, ya que estas últimas pueden cambiar

de organización en organización aun así, los roles son constantes y utilizados permanentemente, tanto en la práctica institucionalizada como en la independiente. Así tenemos que los roles de enfermería incluyen: otorgadora de cuidado, defensora del usuario, consejera, educadora, coordinadora, colaboradora, consultora y agente de cambio⁶².

6.2 El cuidado como objeto de estudio de la práctica de enfermería

La noción del cuidado esta vinculada a la preservación, conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otra persona. El término deriva del verbo cuidar del lat. *coidar*⁶³ cuando es una actividad realizada por personas que se ocupan del cuidado de la vida, la enfermedad, la muerte y el medio ambiente en esencia presta cuidados de preservación, conservación y de manutención de la vida cuando se coloca sus acciones en función de mantener el cuerpo sano.

Cuidar es el efecto de las acciones, habilidades, destrezas, interés, comunicación, encaminadas a aliviar el sufrimiento, dar mejora al enfermo, curar la enfermedad y conservar la salud.⁶⁴

Cuidar como un concepto esta en proceso de ser inventado o construido y se transforma con el paso del tiempo. El cuidado profesional es asumir una respuesta deliberada que envuelve un poder espiritual de afectividad⁶⁵.

Las enfermeras han alcanzado áreas del conocimiento útiles para llevar a cabo el cuidado, siguiendo patrones que han sido establecidos en la salud pública, la epidemiología, la fisiología, la biología y psicología, por mencionar algunas disciplinas estas fundamentan parte del conocimiento y enseñanzas del cuidado a los pacientes, es decir: cuidado profesional es proporcionar los cuidados integrales

⁶²Dozal R. Sánchez M., PadillaL, Becerril L. (2004);Pérfiles profesionales de enfermería en México, niveles Técnicos y Licenciatura. 1ra. ed. México; FEMAFEE; pp22.

⁶³Definición del cuidado de enfermería (internet) consultado el 25 de junio 2013. Disponible en <http://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>

⁶⁴Conceptos de enfermería (internet) disponible en [http://www.slideshare.net/gcarmenpromo/conceptos de enfermería y cuidado de enfermería](http://www.slideshare.net/gcarmenpromo/conceptos-de-enfermeria-y-cuidado-de-enfermeria). Consultado enero 2015.

⁶⁵Villalobos Tapia C.E. (2007). La perspectiva del cuidar a niños en una dimensión interdisciplinar. Rev Cubana Enfermer v.23 n.1. scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100009. Consultado Marzo 2016.

a los pacientes desde el inicio de su padecimiento, hasta su recuperación, también se dan cuidados integrales, aunque no se este enfermo, se tiene que trabajar profesionalmente para mantener a la población sana⁶⁶.

El término cuidado ha estado presente en el campo de la enfermería desde sus inicios; Florencia Nightingale hace mención de él, utilizándolo para representar la ayuda que se prestaba a las personas para vivir o sobrevivir en sus ambientes físicos o naturales en relación con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio.

El cuidado que se ofrece no es homogéneo, depende de las condiciones de los sujetos, de los recursos con que cuentan y de los conocimientos que poseen para que la enfermera determine el tipo y características de los cuidados. Se diferencian de acuerdo con las funciones de la vida.

Care: cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida. Representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial.

Cure: cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado, con un estilo de vida propio determinado por su grupo, su cultura y su entorno.

⁶⁶García Hernández M.L. Cárdenas Becerril L. Arana Gómez B. Monroy Rojas A. Hernández Ortega Y. Salvador Martínez C. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto contexto - enferm. vol.20 no.spe Florianópolis. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500009> version=html. Consultado Abril 2016.

Es importante enfatizar que estos dos tipos de cuidados deben mantener un equilibrio permanente en la práctica, ya que cuando prevalecen los cuidados de cure (curación), se van aniquilando progresivamente los cuidados de Care y con ello la motivación de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan sus fuentes de energía vital necesaria, pues se descuida también su afectividad y espiritualidad.

Leininger (1978), establece también una clasificación y diferenciación entre lo que son los cuidados genéricos, los profesionales y los profesionales enfermeros, conceptuándolos de la siguiente manera:

- Los cuidados genéricos son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación ofrecidos a individuos o grupos con necesidades evidentes y se orientan al mejoramiento y el desarrollo de la condición humana.
- Los cuidados profesionales son las acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidos cognitiva y culturalmente que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.
- Los cuidados profesionales enfermeros son todas aquellas formas humanísticas y científicas, aprendidas en forma cognitiva, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y muerte⁶⁷.

El cuidado es la esencia de enfermería, este debe estar constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar a la humanidad, ayudando a la persona a hallar un significado de la enfermedad,

⁶⁷Lic. Pacheco Arce A. L. y Cols. (2005); Fundamentación Teórica para el Cuidado Antología. México; ENEO.

sufrimiento, dolor. Existencia y ayudar al otro a adquirir el autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

6.3 Enfermería como profesión y disciplina

Profesión, del latín *professio*, es la acción y efecto de profesar (ejercer un oficio, una ciencia o un arte).

La profesión recurre a la ciencia y otras fuentes del conocimiento. Tiene bien definidos y clasificados los conocimientos propios, pertenece a un grupo homogéneo organizado, cuyos miembros obedecen normas y conductas impuestas por la autoridad del grupo profesional, utilizando un lenguaje científico desempeñando un servicio a la sociedad.

Podemos englobar a enfermería como una profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas. De esta manera es considerada como:

- Profesión: Apoyo de las ciencias física, biología, social, medicas. Capacidad de grupo dándole una identidad profesional independiente.
- Arte: Conjunto de habilidades con un sello personal.
- Ciencia: Posee un cuerpo cognoscitivo de su propia disciplina busca, confirma y clarifica nuevos conocimientos.
- Práctica: El rol no es estable cambia con las estructuras sociales. Crea formas propias en el ejercicio de su profesión.
- Académica y habilidad técnica: de alto nivel, solidez en su formación teórica.
- Educación diversificada de diferentes áreas de especialidad posee criterio y pericia basado en principios científicos diversos.

- Ética: código de Enfermería valores que posee un código personal desarrollado en el contexto y el curso de vida de cada persona incluye valores aprendidos.
- Organización Interna: Reconoce autoridad de un grupo profesional que establece normas de conducta y actuación. Coherente, identidad profesional para alcanzar los objetivos de la profesión:
- Agente de cambios: Usuarios Profesionales de Salud
- Autonomía: como profesión controla todas sus funciones, ejercicio libre, independencia y responsabilidad. Mediante cuerpos colegiados busca y mantiene la autodeterminación y reglamentación
- Social: ayuda a las personas a conservar su salud con promoción de su salud, mantenerla y restaurarla.
- Sensible a las necesidades humanas y tiene conciencia de su responsabilidad al contribuir al bienestar de los demás.

Enfermería como disciplina: Es un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre determinada materia, en donde se explica, describe, analiza y contiene conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinares pero con independencia de ellas.

Tres Características que la determinan como tal:

1. Posee un cuerpo de conocimientos sistemático y relacionado con la sique da significado global a la rama del saber.
2. Utiliza un método científico adaptado a las peculiaridades del objeto o rama del saber.
3. Organiza los conocimiento con lenguaje científico, con terminos linguisticos, para ordenar los conocimientos.

Uno de los componentes es la sintaxis disciplinar lo construyen los fenómenos de la enfermería debe investigar para desarrollar conocimientos; estos derivan del metaparadigma o conceptos básicos que influyen y determinan a la práctica profesional y su área de competencia. Son muchas las propuestas teóricas de enfermería que explican los fenómenos de los que se derivan conceptos que les son comunes tales como:

- El cuidado como objeto de estudio de enfermería
- La persona como sujeto del cuidado
- La salud como un valor y un derecho humano
- El entorno interno y externo de cada persona

El cuidado se ha identificado como objeto de estudio y eje de ejercicio profesional, siendo este intencional, interpersonal e intransferible, como se plantea Colliere, cuando expresa “el Cuidado Humano en Enfermería no es una simple emoción, preocupación o deseo bondadoso, cuidar es el ideal moral de enfermería, el fin de protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana; en la cual están implicados: valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento y acciones de cuidado.

El cuidado requiere una reflexión disciplinar, además de reconocer la necesidad del carácter científico constructivo del mismo y la explicación de fenómenos relacionados con el cuidado, es necesaria la reflexión acerca del lenguaje con la que se construye dichas explicaciones.

Cuando nos referimos a enfermería como una disciplina y profesión se refiere a que la enfermería es considerada una profesión que está construyendo su cuerpo disciplinar a partir de diferentes ramas del ser humano y a la vez está aportando conocimiento a la ciencia. Por lo tanto es una vocación, inclinación o disposición a ejercer una disciplina o carrera.

Desde el punto de vista oncológico existen cuatro tipos de ser:

- El Ser Real: es el ser existente, independiente de la conciencia, por lo que el cuidado merece la atención equilibrada.
- El Ser lógico: es el que existe a partir de las construcciones mentales uno de sus objetivos fundamentales es que el cuidado se procure.
- Ser Verdadero: es el que existe, puede requerir cuidados espirituales.
- Ser Potencial: es el ser real que puede existir pero que no lo hace debido a múltiples factores.

El profesional de enfermería se basa en la relación que existe entre el ser real, el ser verdadero, el ser potencial, por lo tanto el cuidar al ser personalizado, el cuidado otorgado es diferente entre una persona a otra.

6.4 Campo del actuar de la Enfermera Profesional

La concepción tradicional que ha considerado a la enfermería como profesión auxiliar de la medicina ha ido cambiando de una asistencia centrada en la enfermedad con contenido básicamente práctico ha pasado a ejercer una profesión abarcando varios aspectos desde la perspectiva asistencial orientándose hacia la salud, en definitiva a pasado de una actividad de servicio médico a un servicio centrado en las personas sanas y enfermas, otros campos como la docencia, la gestión y la investigación son aspectos que han ampliado la responsabilidad profesional.

- Características de la profesión:

El sociólogo Abraham Flexer (1915), identifica 6 requisitos de la profesión: intelectual, práctica, con carácter único, organizada, altruista y responsable.

Taylor (1958), apoyó a las profesiones en dos pilares fundamentales: poseer un código ético y un cuerpo propio de conocimientos.

Cortina, en la actualidad determina las características de la profesión: ofrece un servicio único, vocacional, esta ejercida por profesionales, controla la actividad, requiere preparación específica, es autónoma, asume su responsabilidad, es altruista.

- Actividad Profesional

Está relacionada con el contexto desde que se desarrolla el trabajo profesional asistencial, docente, de administración y de investigación.

Asistencial: La más conocida y la más identificada entre las enfermeras, tiene cinco objetivos las personas sanas conservar la vida, la salud y el bienestar fomentar la salud y prevenir la enfermedad.

En las personas enfermas va dirigida a atender las necesidades básicas del proceso patológico, proporcionar medidas destinadas a reducir las molestias y alcanzar el mayor grado de bienestar apoyar en el proceso de adaptación mientras dura la enfermedad ayudar a mantener la motivación mientras se lleva a cabo los procedimientos necesarios para la recuperación de la salud. Ayudar a una muerte digna.

La función asistencial la desarrollan las enfermeras a través de los procesos de cuidar, que comprenden:

- Recolección de datos sobre la persona y su entorno
- Valoración de situaciones que están dentro del campo de enfermería
- Formulación de objetivos para el cuidado
- Organización de los recursos disponibles
- Evaluación de los resultados

Docente: La necesidad de los cuidados de enfermería que actualmente tiene la sociedad hace que la enfermera sea experta. Sus conocimientos sobre las bases conceptuales y metodológicas de enfermería y de otros aspectos de los cuidados, la autorizan para que sea ella la única capacitada para determinar la formación de los distintos grupos que van a dedicarse de una manera u otra a prestar cuidados.

La formación incluye:

- Formación profesionales de enfermería en todos los niveles (básico, superior y especializado)
- Formación continua para aumentar conocimiento, por medio de conferencias, congresos
- Formación de otros miembros del equipo que favorece la calidad de sus prestaciones.

Administración: Define actividad sistemática que desarrolla un grupo humano empleando una serie de recursos para conseguir un fin eficiente y eficaz y que produce un beneficio social a quien lo ejerce y a quien va dirigido.

En todos los niveles la enfermera tiene la responsabilidad de planificar, organizar además de la dirección y control de los servicios de enfermería. Las enfermeras actúan como coordinadoras no solo del personal de enfermería sino del equipo sanitario compartiendo esta responsabilidad con otros profesionales.

Investigación: M. Moliner, define investigación como hacer gestiones para llegar a saber ciertas cosas. Es un proceso sistemático formal y riguroso, que trata de obtener soluciones a los problemas y/o descubrir e interpretar nuevos hechos y sus relaciones. Tiene la meta de aumentar el saber y los conocimientos por los que nos lleva al dominio de lo que nos rodea y en consecuencia de los problemas que se plantean.

Profesionalizar las actividades de enfermería con el desarrollo de sus conocimientos: Mejorar el servicio que presta a la sociedad. Hay que tener en cuenta que el saber que proporciona la investigación sólo es válida en la práctica.

En definitiva la investigación aporta a través del incremento de conocimiento y la mejora de los servicios, un elemento fundamental para la profesionalización de enfermería.

6.5 Filosofía en la Enfermería

Se refiere a la búsqueda del saber. Etimológicamente filosofía deriva del griego *filos* “amor” y *sofos* “sabiduría” amor por el saber.

Su estudio se encarga de los principios del ser, Dios, mundo y hombre mismo. Es el medio por el cual el hombre trata de comprenderse a si mismo y el mundo en el que vive. La filosofía también se encarga en el estudio del origen de la naturaleza, estudia el universo como un todo, por lo tanto la filosofía es la ciencia de todas las cosas a través de sus causas y razones últimas, se descubre por sus propios medios, la razón natural, orienta a los actos del hombre. Toda profesión estudiada correctamente depende de la comprensión exacta del sentido y propósito de la vida.

El conocimiento de uno mismo hace tomar conciencia en el individuo de lo que es y lo que siente, ser congruente con los sentimientos, emociones, ideas, valores, conductas y objetivos de la propia vida, es una condición para hacernos más humanos y que todo sea significativo.

El fin de todo esto es buscar y encontrar la actitud responsable que corresponde al ser humano, conocerse a si misma (o), conocer el mundo que lo rodea y sus relaciones con él, conocer al Ser Supremo y las relaciones que lo ligan con Él.

6.6 Finalidad de la Enfermería

Es el cuidado de la salud individual, familiar y colectiva, por lo que se enfocan sus acciones a investigar y analizar las causas reales que provocan enfermedades;

lograr la participación de la comunidad en la detección de las necesidades y problemas, en la selección de las alternativas para solucionarlas, ayudar al grupo familiar a reconocer su responsabilidad como unidad social, de contribuir al bienestar de su propia familia y de los demás. Por esta razón en esta dinámica social, la enfermería se enfrenta a nuevos retos para brindar servicios seguros y eficientes.

La seguridad social atiende a las necesidades que van surgiendo ocupando en primer lugar la atención a la salud. Cada individuo tiene derecho a la prevención de enfermedades y conservación de su salud, en beneficio propio, de los suyos y de la comunidad en que vive.

La profesional de enfermería deberá prepararse para que dentro del contexto histórico, sociocultural y político, suministre la atención de enfermería; tratando al hombre en sus cuatro esferas, además tiene participación con otros profesionales de la salud, colabora en los programas que conlleven a promover la salud, prevenir las enfermedades así como sus complicaciones; colabora en la curación y rehabilitación de pacientes. Elabora y participa en proyectos de investigación que ayude a resolver los problemas en relación con la salud; actúa como docente en la formación de recursos de enfermería.

La profesión de enfermería necesita dar y mostrar en su actuar diario, con todo entusiasmo, dinamismo, iniciativa, alegría y eficacia.

6.7 Objetivos de la Enfermería

Es el servicio a la población, transformando acciones que procuren o preserven la salud. El cumplimiento de la meta exige que cada enfermera sea consciente de su responsabilidad como persona, ciudadana y profesional. Por tal motivo la enfermera:

- Identifica: los problemas físicos, emocionales, psicológicos, económicos y espirituales del paciente.
- Valora: el estado de salud del paciente mediante los medios propedéuticos aplicables al caso.
- Interpreta: y registra las reacciones importantes observadas.
- Reconoce: la etiología, sintomatología tratamiento y prevención de las enfermedades de los pacientes a su cargo.
- Planea: el cuidado de enfermería en base a la terapéutica indicada para el paciente y el diagnóstico de enfermería.
- Aplica: los principios de salud mental y físicas en el cuidado de los pacientes de cualquier grupo etario.
- Aplica: los principios o bases científicas al dar cuidado de enfermería al paciente.
- Aplica: su conocimiento con precisión, rapidez, cortesía y seguridad conforme a las necesidades de cada paciente.
- Procura: mantener un ambiente limpio, higiénico y seguro para el paciente.
- Participa: con otros colaboradores en los programas de salud, como miembros del equipo de atención de las mismas ya sea preventiva, curativa, familiar o comunitaria.
- Presta: a la comunidad los servicios de salud que contribuyan al bienestar colectivo.
- Actúa: como educadora higiénica y consejera para buscar conjuntamente la solución a las necesidades de la familia.
- Muestra: comprensión a los problemas manifestados para la familia con el fin de orientar a la misma al autocuidado.
- Elabora y participa en proyectos de investigación que ayuden a resolver problemas relativos a la salud.
- Participa: en la formación de recursos para enfermería.

6.8 La Ética en Enfermería

Todo individuo tiene la facultad de elegir su profesión, ya elegida tiene el deber de prepararse para su ejercicio y adquirir la conciencia de responsabilidad y solidaridad social, demandada por la profesión.

En tanto que la moral profesional se entiende como el conjunto de facultades y obligaciones que tiene el individuo en virtud de la profesión que ejerce en la sociedad.

En conjunto la razón del profesional es servir a la humanidad y su principal objetivo es el bienestar individual, familiar y social.

Cada profesión tiene sus exigencias profesionales, pero todos los deberes profesionales tienen un punto en común; cumplir con las exigencias sociales.⁶⁸

⁶⁸Ledezma Pérez M.C.(2015). Fundamentos de enfermería. México; Ed. Limusa Grupo Noriega editores; p. 13-20.

7. PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

7.1 Intervenciones de Enfermería

Se define como cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente⁶⁹. Estas son útiles para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución, la docencia y el diseño de programas.

Es importante que el lenguaje utilizado en la clasificación de nuestras intervenciones sea claro, con perspectiva lógica y fácilmente llevado a la práctica⁷⁰.

Los profesionales de la salud tienen el compromiso de realizar intervenciones relacionadas con la función social de cuidar y mantener la vida. Una de las ventajas relacionadas, es la manera de documentar los cuidados en los distintos ámbitos y especialidades, abarcando desde los aspectos fisiológicos, psicosociales como también para el fomento a la salud, prevención y tratamiento de enfermedades en los diferentes momentos de la historia natural de la enfermedad. Se puede pensar que las intervenciones no están diseñadas para el fomento a la salud, al contrario, estas deben ser utilizadas por el personal de enfermería para la toma de decisiones en educación a la salud, lo que contribuirá al aprendizaje, autorresponsabilidad y fomentar el desarrollo de los seres

⁶⁹ Bulechek G.M. PhD,FAAN, cols.(2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Ed. El Server, 6ta. ed. p. 2-15.

⁷⁰ Idem

humanos con respecto a su salud esto lo lleva a cabo identificando los riesgos, con el correcto manejo de la inmunización, nutrición, orientación anticipatoria y prevención.

Los profesionales de enfermería miembros de un equipo interdisciplinario encargados en el desarrollo y la implantación de un registro estandarizado, integra las intervenciones realizadas a los pacientes, permitiendo que cualquier otra intervención pueda ser realizada por otro profesional, facilitando la comunicación dentro de la disciplina de enfermería, es por esto que las intervenciones representan el perfeccionamiento de nuestra profesión en un léxico para las teorías, ratificando que cualquier resultado concreto puede estar influido por los tratamientos de otros profesionales⁷¹.

El tema que se aborda en la presente investigación como eje principal, son las intervenciones de enfermería que deben estar basadas en el criterio y el conocimiento clínico, realizado por un profesional para la prevención, fomento a la salud y con ello mejorar los resultados (NIC, 2012-2014). Por tal motivo los cuidados son personalizados y de calidad, minimizando el estrés y aumentando la comodidad del paciente, se ofrece orientación, se insiste en la educación para la salud con la finalidad de promocionar estilos de vida saludables que contribuyan a brindar una atención integral a los pacientes⁷².

⁷¹ Idem

⁷² Idem

INTERVENCIONES

7.1.1 Educación para la Salud

- Desarrollar programas de capacitación, que permitan proporcionar información sobre el tema VPH y facilite el intercambio de experiencias de aprendizaje para modificar conductas y mejorar la salud de las personas, familias, grupos o comunidades.
- Identificar a los grupos de riesgo y rangos de edad que se beneficien más con la intervención educativa.
- Diseñar estrategias para enfrentar conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.
- Insistir en la promoción a la salud y la prevención de las enfermedades en los servicios asistenciales, para proporcionar cuidados ambulatorios y en el domicilio.
- Planear, organizar y llevar a cabo programas para promover la salud y prevenir la enfermedad en los grupos de edad mayormente expuestos a riesgos.
- En el marco de la Educación Sexual (ámbito educación para la salud) y dentro de nuestro entorno geográfico, debemos de ir más allá de los “obsoletos” modelos asistenciales y preventivos de la educación sexual y competir por un modelo formativo - educativo; mediante el diseño de proyectos educativos integradores, realistas, razonables, diversificados y conciliadores con todo tipo de creencias, ética e ideología.
- Establecer mecanismos que nos permitan una sexología y educación sexual transversal, es decir, que el profesional de enfermería intervenga con jóvenes y sus familias, universitarios y adultos, personas con discapacidad,

profesionales docentes y sanitarios, con los mayores de 65 años; que nos lleve a una educación sexual para todos y personalizada⁷³.

- Elaborar mensajes para afrontar los miedos e ideas falsas comunes, así como la estigmatización asociada a las infecciones de transmisión sexual.
- La educación comunitaria puede realizarse en diversas circunstancias, por medio de grupos religiosos o comunitarios, en los colegios, en las actividades deportivas o en el contexto de una campaña de cribado.
- Para el profesional de enfermería, la educación en salud, es la comunicación de información general actualizada por medio de un lenguaje simple y comprensible a personas o grupos. Los mensajes deben comunicarse en un lenguaje local y culturalmente apropiado y han de elaborarse en colaboración con la comunidad y de acuerdo con las políticas nacionales.
- La educación de la salud no es un acontecimiento aislado; debe ser una actividad continua que requiere el esfuerzo constante del personal de enfermería y del grupo interdisciplinario de salud para mantener sus conocimientos al día e incluir lo siguiente:
 - Información a las personas sobre la prevención de la infección por Virus del Papiloma Humano, los factores de riesgo y su historia natural.
 - Fomento del cribado en mujeres y hombres.
 - Mayor difusión en hombres y mujeres respecto a los principales factores de riesgo.
 - Disminución de la ignorancia, miedo, vergüenza y la estigmatización relacionados con la infección por VPH.

7.1.2 Enseñanza: Sexualidad

- Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y

⁷³Frago Valls S. Sáez Sesma S; De la educación sexual a la salud sexual; Asesoría sexológica de ayuntamiento (CIPAJ) y de la Universidad de Zaragoza. www.amaltea.org/content/news/6/sd9ap.pdf . Consultado ABRIL 2016.

psicosociales del crecimiento y desarrollo sexuales.

- Explicar la anatomía y fisiología humana del cuerpo masculino y femenino.
- Facilitar las herramientas para que el paciente adquiriera los conocimientos que necesita aprender para mantener su bienestar óptimo. Lo que le permitirá al individuo, observar y reconocer lo que es saludable y normal para ellos, así como ser capaz de percibir los cambios o alteraciones que puedan darse en el cuerpo, los cuales indicarían la necesidad de acudir a los servicios de salud.
- Facilitar la comunicación entre el niño o adolescente y el progenitor.
- Apoyar el papel de los progenitores como principales educadores sexuales de sus hijos. El profesional de enfermería debe encaminar esta formación a la familia por el contexto sociocultural y religioso que muestren.
- Educar a los progenitores sobre el crecimiento y desarrollo sexual a lo largo de la vida.
- Proporcionar a los progenitores bibliografía sobre la educación sexual.
- Facilitar la concienciación del niño y del adolescente sobre la influencia de la familia, sus compañeros, la sociedad y los medios de comunicación en los valores.
- Discutir las presiones sociales y de los compañeros en la actividad sexual.
- Discutir la conducta sexual y las formas adecuadas de expresar los propios sentimientos y necesidades.
- Informar al niño y el adolescente de los beneficios de posponer la actividad sexual y los beneficios de la abstinencia.
- Informar a los niños y adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.
- Fomentar la responsabilidad de la conducta sexual, el profesional de enfermería debe preguntar al paciente sobre el uso y abuso de sustancias tóxicas como alcohol, tabaco, café, té y drogas.
- Explicar la accesibilidad a los anticonceptivos y métodos de barrera y la

forma de obtenerlos.

- Orientar a las mujeres respecto de la menstruación, secreciones cervicales así de cómo realizar un autoexamen de las mamas, en el caso de los hombres es importante llevar a cabo un autoexamen de los testículos y comprobar si se han dado cambios.
- Utilizar el concepto de salud sexual en lugar de salud reproductiva con los adolescentes, no es adecuado favorecer el vínculo sexualidad-reproducción se sabe que las relaciones sexuales, en la mayoría de los casos, no tienen como objetivo central la reproducción. En este ámbito la enfermera como personal que fomenta la salud ayuda al paciente a tomar sus propias medidas para protegerse, teniendo la responsabilidad de observar que se tomen las medidas de protección esto para desarrollar las buenas costumbres de salud.
- Aclarar las dudas y creencias erróneas.
- Promover la confianza en las instituciones de salud informando adecuadamente a los pacientes sobre los procedimientos mostrando interés en sus necesidades.

7.1.3 Enseñanza: relaciones sexuales seguras

- Considerar los factores poblacionales que afectan a la educación sobre las relaciones sexuales seguras (intervenciones adaptadas culturalmente, proveedores del mismo grupo étnico).
- Instruir a los pacientes sobre los factores que aumentan el riesgo de ETS (como las relaciones sexuales sin protección, aumento de la superficie de la mucosa genital, aumento en el número de contactos sexuales, presencia de úlceras genitales, enfermedad avanzada y relaciones sexuales durante la menstruación).

- Comentar los conocimientos, la comprensión, la motivación y el nivel de compromiso del paciente respecto a los diversos métodos de protección sexual.
- Iniciar un proceso de interrogatorio donde el paciente vierta información necesaria, esto con el fin de conocer su situación actual en salud, con ello diferentes preguntas serán vertidas en la historia clínica en la valoración sexual, estos datos nos permite tener conocimiento de los cuidados de salud de la paciente. Animando al paciente a comentar los antecedentes sexuales y las relaciones sexuales seguras con la pareja. Con esta información podemos proporcionar al paciente:
 - Conocimientos y habilidades necesarias para proteger su salud sexual.
 - Recopilar los antecedentes sexuales, incluyendo el número de parejas sexuales previas, la frecuencia de las relaciones sexuales y los episodios pasados de infecciones/ enfermedades de transmisión sexual (ITS/ETS), así como sus tratamientos.
 - Empezar las medidas terapéuticas pertinentes para restablecer la salud.
- Proporcionar instrucciones acerca de medidas de protección durante las relaciones sexuales. Dar información precisa sobre las implicaciones de tener múltiples parejas sexuales. El comunicar la información correcta sobre prácticas con diferentes orientaciones o preferencias, como la heterosexualidad, homosexualidad y la bisexualidad.
- Comentar los métodos de protección para las relaciones sexuales y el sexo oral (sin medicación, con métodos de barrera, vacunación, dispositivo intrauterino, hormonal, abstinencia) incluyendo la eficacia, los efectos secundarios, contraindicaciones y los signos y síntomas que justifiquen la notificación a un profesional sanitario.
- Instruir al paciente sobre el uso correcto del preservativo (como elegir,

mantenerlo intacto, aplicar y quitar).

- El profesional de enfermería enseña los efectos que tiene el VPH, en los diferentes tejidos del organismo. Así como la necesidad de interactuar con el individuo, familia y comunidad de acuerdo a su contexto sociocultural, trabajando en la prevención y en el diseño de programas en salud sexual.

7.1.4 Clasificación de valores

- Tener en cuenta los aspectos éticos y legales de la libre elección dada la situación particular, antes de comenzar la intervención.
- Crear una atmósfera de aceptación y sin prejuicios.
- Establecer con el paciente una relación de índole profesional, basada en la confianza y respeto mutuo. El paciente al sentirse seguro le contará sus problemas y se permitirá expresar sus sentimientos, podemos asegurar que hasta los aspectos más complicados.
- Animar al paciente a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones. Los valores son parte importante de la vida espiritual e ideológica de la sociedad y de cada sujeto, pues contribuyen a organizar su rumbo, sus metas y fines, guían la conducta y le dan sentido a la vida.
- La enfermería, es una profesión de asistencia y de ayuda, observa que a través de la comunicación y la integración familiar se transmiten los valores, concepciones implícitos los comportamientos sexuales y otras acciones.
- Animar al paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que dedica a cada aspecto.
- Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante.
- Ayudar al paciente a priorizar los valores.

- Desarrollar e implementar un plan con el paciente para poner a prueba sus elecciones.

7.1.5 Manejo de la conducta

- Ayudar al paciente a controlar una conducta negativa.
- Hacer que el paciente se sienta responsable de su conducta, consiste en que la enfermera en su actuar diario y con el empoderamiento de la educación en salud, tiene la habilidad de transmitir las experiencias de aprendizaje para que las personas modifiquen su actitud sobre algo; aunque son las más difíciles de estructurar porque con frecuencia las actitudes fueron desarrollándose durante un periodo prolongado y son adquiridas en forma subconsciente de otras personas que lo rodean, estas sin embargo pueden cambiarse a través de diversas estrategias de enseñanza para dar un aprendizaje en favor a la salud. La modificación de la conducta suele emplearse para ayudar a las personas para que utilicen nuevos comportamientos aconsejables. El proceso implica la sustitución de costumbres no saludables por hábitos o conductas sanas.
- Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio para establecerlas.

7.1.6 Ayuda con el autocuidado: Baño/ Higiene

- Conocer la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado. Las costumbres higiénicas varían mucho en los individuos. Estas diferencias se explican por patrones culturales, educación familiar e idiosincrasias individuales.
- Reforzar un sistema de valores referente a los hábitos higiénicos estos aspectos simplemente no tienen importancia para ciertas personas o en

ocasiones, la higiene es más difícil cuando no se dispone de los medios para conservar buenos hábitos de aseo o es difícil obtenerlos y no tienen la oportunidad de practicar una buena higiene personal, aunque deseen hacerlo.

- Ayudar al paciente a realizar su higiene personal. Tal vez el problema más común que encuentra la enfermera en la atención de pacientes, sea su incapacidad para mantener buena higiene personal. A este respecto la estrategia como personal de salud es servir de modelo. Algunos pacientes quizá necesiten ayuda para adquirir buenos hábitos de higiene.
- Mantener rituales higiénicos, mencionando su importancia para prevenir enfermedades como una buena práctica que inducen a una buena salud.
- Referir que los malos hábitos personales pueden ser desencadenantes de muchas enfermedades, el personal de enfermería tiene como responsabilidad difundir mensajes con el propósito de educar al individuo. Para esto se apuesta a la educación sanitaria con el fin de incidir más en aspectos que puedan ser imprescindibles para la conservación de la salud.

7.1.7 Manejo de la conducta sexual

- Identificación las conductas sexuales inaceptables en función del contexto concreto y la población de los pacientes.
- Delimitación y prevención de conductas sexuales socialmente inaceptables
- Enseñar /reforzar habilidades sociales apropiadas, como profesional de la salud que son abordadas por amigos, familiares y por pacientes para que les expliquen cuestiones sexuales. A pesar de la gran publicidad actual sobre el sexo, aun hay una gran ignorancia del público en general; respecto a esto el profesional debe estar capacitado para proporcionar información precisa sobre los temas sexuales.

- La promoción a la salud por nuestra parte debe iniciarse antes del nacimiento del individuo y ha de continuar a lo largo su vida. Las necesidades específicas de aprendizaje por parte del paciente y el grado en que debe presentarse la información dependen mucho de la edad, etapa de desarrollo y actividad social.
- Impartir programas de educación sexual para adolescentes con un enfoque incluyente, considerando aspectos biológicos, éticos, afectivos, sociales, culturales y de género. Este debe incorporarse de manera temprana la promoción de comportamientos saludables y placenteros, además de fortalecer la capacidad de negociación asertiva, fomentar decisiones responsables e informadas con relación al beneficio que conlleva el postergar el inicio de vida sexual en especial el uso correcto del condón.
- Proporcionar educación sexual, correspondiente al nivel de desarrollo.
- Ayudar a las familias en la comprensión y el manejo de las conductas sexuales inaceptables.
- Como seres humanos nuestra intervención no debe ser de juicio si no de amor y de confianza, nuestro trabajo es de servicio a los demás.

7.1.8 Apoyo en la toma de decisiones

- Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe de tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.
- Informar al paciente sobre la apropiada selección de información que se vierten en TICs, brindando un apoyo personalizado ante cualquier duda que involucre su salud y encaminarlos a acudir a centros que fomenten la promoción a la salud. Su actividad clave se basa en la prevención y la promoción del autocuidado, orientado al cuidado cotidiano y rutinario.

- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetos de cuidados.
- Obtener los consentimientos informados.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Familiarizarse con la política y procedimientos del centro de salud, el paciente desconoce la normativa de cada institución, somos el enlace ante la operación clínica y la administrativa la cual el paciente no tiene conocimiento.
- Respetar el derecho del paciente si no desea recibir información.
- Servir de enlace entre el paciente y la familia así como por otros profesionales sanitarios, el explicar al paciente detalladamente el proceso, brinda en él confianza permitiendo continuar con su tratamiento además que nosotros como parte de un sistema integral de salud reconocemos la funciones del equipo multidisciplinario.

7.1.9 Manejo de la Inmunización/ Vacunación

La enfermera esta empoderada totalmente en el control del manejo de la inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas, así mismo:

- Explica a los progenitores el programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de uso, reacciones adversas y listas de efectos secundarios.
- Suministrar información escrita acerca de las inmunizaciones preparada

por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

- Proporciona una cartilla de vacunación para registrar fechas y tipo de inmunizaciones administradas.
- Identificar las técnicas de administración apropiadas, incluida la administración simultánea.
- Seguir las 5 reglas de la administración correcta de la medicación
- Anota los antecedentes médicos y alergias del paciente, así como anotaciones en censos nominales o durante campañas de vacunación.
- Conoce las contraindicaciones absolutas de la inmunización (reacción anafiláctica a vacunas anteriores y enfermedades moderadas o graves con o sin fiebre).
- Proponer programas y políticas que proporcionen inmunización gratis o accesible para toda la población.
- Conoce las últimas recomendaciones sobre el uso de las inmunizaciones de acuerdo con las Normas Oficiales vigentes en nuestro país.

7.1.10 Manejo de las muestras

- Una de las funciones preventivas es obtener, preparar y conservar la muestra cervical para análisis de laboratorio.
- Con esto se tiene la obligación de informar y asesorar correctamente al paciente sobre cómo, cuándo y en donde se llevará a cabo el procedimiento, favoreciendo al buen resultado del estudio.
- Obtener la muestra requerida de acuerdo con el protocolo.
- La toma de la muestra para citología cervical no es sólo una rutina instrumentada sino un procedimiento sistematizado y guiado clínicamente para obtener la información y material suficiente para que el citotecnólogo,

citólogo o patólogo, realicen un diagnóstico preciso, de esta manera es de gran responsabilidad tomarla de manera correcta.

- Se realiza un llenado de la hoja de solicitud con todos los datos consignados, cuidando que la información sea clara y precisa, parte de la información orientará al citotecnólogo en la búsqueda intencionada de elementos que ayudarán a conformar el diagnóstico citológico y el resto de la información facilitará el seguimiento de los casos, así como su registro en el sistema de información.
- Preparación del material y equipo, antes de atender a la usuaria, verificar que el material y equipo que se utilizará, esté completo y esterilizado o desinfectado.
- Toma de la muestra: para garantizar una adecuada atención a la usuaria se debe de tener en cuenta:
 - La privacidad en la atención
 - La disponibilidad de insumos y equipos necesarios
 - La orientación y consejería informar a la usuaria sobre el procedimiento a realizar
 - El consentimiento informado de la usuaria
 - La capacidad técnica para el procedimiento
 - La calidez en la prestación del servicio
- Colocación del espejo vaginal; evitar el empleo de lubricantes, aceites y jalea previa a la colocación del espejo ya que ocasiona que las células se cubran por una capa, lo que impide la interpretación citológica. De cubrir la toma será clasificada como inadecuada. El espejo estéril o desinfectado, colocarlo en la palma de la mano con las valvas cerradas, entre el dedo índice y medio, con el dedo índice y pulgar de la mano contraria, separa los labios menores y visualizar el vestíbulo vaginal. Con las valvas cerradas, introducir suavemente el espejo formando un ángulo de 45° o en forma

vertical 90 grados con relación al piso de la vagina. En ese momento se pide a la usuaria que puje, avanzando a la vez el espejo hasta el tercio medio de la vagina. Girarlo presionando la palanca que abre la valva superior con el dedo pulgar de la mano que sostiene el espejo para abrir las valvas introducirlo un poco más hasta localizar el cérvix sin lastimarlo.

- Al observar el cuello, debe hacerse una búsqueda intencionada de lesiones como laceraciones o desgarros ocurridos en el parto y algunas irregularidades provocadas por los procesos patológicos; cuando representan inflamación el cello uterino se torna rojo violáceo, despulido y sangra ocasionalmente con el roce del espejo vaginal en infecciones crónicas con edema; en formación de quistes glandulares se observa una deformación del cuello y alargamiento en el prolapso acentuado. Es importante mencionar que antes de la toma de la muestra, no se debe realizar exploración por palpación de la vagina y el cuello uterino. En caso de existir secreción o sangre separarla cuidando de no tocar el epitelio del cuello ya que de no hacerlo sería una muestra inadecuada.
- Técnica para la toma de la muestra:
 - Toma exocervical con espátula Ayre
Deslizar la espátula por el extremo bifurcado y colocarla en el orificio cervical. Girar a la derecha 360 grados haciendo una ligera presión para obtener muestra de todo el epitelio exocervical.
 - Toma endocervical
Introducir la espátula en forma cónica en el orificio del canal cervical, hacer una ligera presión deslizándola y girando a la izquierda 360 grados. Extender en la laminilla la muestra y en menos de 5 segundos fijarlos en alcohol de 96% manteniendo cerrado el recipiente.
 - Toma con cepillo endocervical o hisopo de algodón no absorbente
Está indicada en mujeres e periodo de climaterio, premenopausia o postmenopausia, adolescentes sin eversión glandular o en pacientes

en seguimiento postratamiento. Se introduce el cepillo o hisopo con suavidad en el orificio cervical realizando un giro a la derecha y se retira para el extendido.

Si la paciente esta histerectomizada, se procederá a tomar una muestra del fondo del saco vaginal o cúpula, con el lado bifurcado de la espátula. Esta muestra servirá para detectar alguna lesión en vagina ya que esta zona puede desarrollar lesiones.

- Conclusión del procedimiento de la toma de muestra:
 - Al retirar el espejo pidiendo a la usuaria pujan retirarlo lentamente y suave, revisando las paredes vaginales hasta el introito y observar si hay lesiones, en el caso de observar secreciones, informar y mostrar el espejo a la usuaria para evitar que se atribuya su presencia al procedimiento. En este caso se le recomendará acudir a su médico para recibir tratamiento hasta que tenga el resultado.
 - Ayudar a la usuaria a incorporarse y bajar de la mesa.
 - Se orienta en recoger su resultado en el tiempo que marque la unidad de salud.

7.1.11 Ayuda para dejar de fumar

- Registrar el estado actual y los antecedentes de tabaquismo, como profesional de un grupo interdisciplinario la enfermera se apoya con otras profesiones para el buen manejo de estos pacientes esto con previo interrogatorio y registro del mismo.
- Al ser un promotor de la salud guiamos al paciente a hábitos que condicionen al mejoramiento de su salud así como el uso de programas que apoyen la decisión de no fumar.
- Informar sobre las consecuencias del tabaquismo y que ha sido demostrado ser un factor de riesgo para cáncer cérvico uterino por la acción

carcinogénica del tabaco en el cérvix, así como supresión inmune local, esto se ha asociado con la presencia de carcinomas de célula escamosas, predominantes en el cáncer cérvico uterino, el de pulmón y el de laringe así como la reducción de antioxidantes provenientes de la dieta.

- Explica que existe un daño molecular del ADN en el tejido cervicouterino en mujeres que fuman y que se han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, dejar de fumar debe ser recomendado en mujeres con infección del virus de papiloma humano o en cualquier estadio de la enfermedad cervical asociada.
- Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras que lo impiden.
- Enseñar al paciente los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina como son: cefalea, mareos, náuseas, irritabilidad e insomnio.
- Ayudar al paciente a reconocer situaciones que le incitan a fumar (estar con personas que fuman, frecuentar lugares donde se permita fumar, etc.)
- Animar al paciente a unirse a un grupo de apoyo para dejar de fumar que se reúne semanalmente.
- Apoyar al paciente que vuelve a fumar ayudándole a valorar lo que ha aprendido.

8. CONCLUSIONES

El virus del papiloma humano (VPH) representa una de las infecciones de transmisión sexual más común, se sabe que cada 2 minutos muere una mujer en el mundo a causa de cáncer en cuello uterino, asociando el 99% al Virus del Papiloma Humano. Se calcula que en México hasta un 80% de la población está infectado con el Virus.

La identificación del Profesional de Enfermería como el agente más efectivo para brindar orientación y educación en materia de prevención de VPH, surge de reconocer que la población en general se identifica más fácilmente con las enfermeras (o) que con otros miembros del equipo de salud, por factores relacionados con la identidad social, cultural y de género.

Por lo tanto, al buscar una respuesta efectiva del paciente ante la propagación de la infección por VPH es cuando el profesional identifica el problema e inicia con la intervención preventiva, mediante el suministro de información exacta y explícita sobre los factores de riesgo así como prácticas sexuales menos arriesgadas, con intervenciones bien diseñadas para una población específica a la que va destinada, teniendo en cuenta la situación, la vulnerabilidad y las necesidades particulares de la población que se nos presente.

A lo largo de la historia El Cuidado de las personas, es indudablemente proporcionado por el profesional de Enfermería y este debe ser integral, teniendo en consideración al individuo como un ser biopsicosocial y espiritual.

El Profesional propicia que la población participe, consciente y permanentemente para lograr y conservar su salud, esto en beneficio de la población, cambia de un rol pasivo y dependiente, a un rol que proyecte las capacidades intelectuales,

cognitivas, habilidades y actitud que puede contribuir en la solución de los problemas de salud.

Las personas bien informadas actuarán responsablemente de acuerdo con sus propias necesidades, las de su familia y de su comunidad, logrando un cambio duradero.

No debemos de perder de vista que durante la praxis profesional, la enfermera (o), trabaja con entusiasmo, dinamismo, iniciativa, alegría y eficacia, de dar apariencia contraria resultaría negativo para su carrera su vida, personal y social.

Tenemos mucho por hacer y es conveniente continuar.

“ Te trate con delicadeza, como una madre cuida y alimenta a sus hijos y con cariño te compartí mi vida ”

1ª. de Tesalonicenses 2.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Alexey Megna Alicia. (2008): La responsabilidad y la sexualidad: dinámicas en los estudiantes actuales. Las Tunas. biblioteca. Utec.edu.sv/virtual/elibros_internet.
- Alfandari J, Shnitman Magal S, Jackman A, Schlegel R, et al.(1999). HPV16 E6 oncoprotein inhibits apoptosis induced during serum calcium differentiation of foreskin human keratinocytes. *Virology*;257:383-96.
- Boletín: Número 5 | Volumen 32 | Semana 5 | Del 1 al 7 febrero del 2015 <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2015/sem05.pdf>.
- Bulechek G. M, PhD. FAAN y cols. (2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Ed. El Server, 6ta. ed.
- Campero Cuenca L. E. Atienzo E. Suarez López L. Hernández Prado B.(2013); Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas; *Gaceta Médica de México*. 149:299-307.
- Capponi R. (2011). Sexualidad sana, qué y cómo enseñar a los hijos”. 1ª ed. Ed. El Mercurio-Aguilar. pp250.
- Cerqueira M.T. Contl C. De La Torre A. y Ippolito-Shepherd J. (2000): La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. OPS/OMS. 2000. Declaración de México. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México.
- Conceptos de enfermería (internet) disponible en [http://www.slideshare.net/gcarmenpromo/conceptos de enfermería y cuidado de enfermería](http://www.slideshare.net/gcarmenpromo/conceptos-de-enfermeria-y-cuidado-de-enfermeria).
- Concha P. X, MSc . Urrutia S. T, PhD. Riquelme H. G, MSc. (2012): Creencias y virus papiloma humano. *Rev. Chilena Obstet Ginecol*; 77(2): 87-92.
- Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA (CONASIDA)1996; Situación Epidemiológica del SIDA. SIDA/ETS México, Separata 2:1XX.
- Costa Alcaraz A.M. Siurana Aparisi J.C. y cols. (2011): Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Revista clínica española ElSevier* .vol. 211 issue, p. 581-586.

- Cruz E. (2012): Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre el cancer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN, Barranca. Lima Perú.
- Definición del cuidado de enfermería (internet) consultado el 25 de junio 2013. Disponible en <http://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>
- Departamento de Salud de la Mujer. (2012): Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. chile. obstet. ginecol. vol.77 no.2 Santiago.
- Diagnóstico sobre el contagio de Virus del Papiloma Humano en las mujeres del municipio de Chimalhuacán, Edo. De México; disponible en cedoc.inmujeres.gob.mx 2012.
- Dirección General de Epidemiología (2012); Manual de procedimientos estandarizados de Vigilancia Epidemiológica Internacional.
- Domínguez Arrevillaga Sergio. (2011): Frecuencia genotípica del virus del papiloma humano en población general de la frontera sur de México. Enfermedades Infecciosas y Microbiología; vol. 31. núm. 1.
- Dozal R. , Sánchez M., Padilla L. Becerril L. (2004). Perfiles profesionales de enfermería en México, niveles Técnicos y Licenciatura. 1ra. ed. México; FEMAFEE; pp22.
- Dunlof MJ. (1994): Interpretative phenomenology. California. United States of America: SAGE.
- Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2014. Módulo de la mujer. INEGI Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sisemas/bibliotecas/cha.aspx?unc=702825075255>.
- Espinosa Romero R. Arreola Rosales R.L. Velázquez Hernández N. y Rodríguez Reyes E.R. (2014): Métodos de detección oportuna del cáncer cervicouterino. EL SEVIER. Gaceta Mexicana de Oncología;13(Supl 4):59-66.
- Frago Valls S. Sáez Sesma S. (2013): De la educación sexual a la salud sexual; Asesoría sexológica de ayuntamiento (CIPAJ) y de la Universidad de Zaragoza.
- García Hernández M.L. Cárdenas Becerril L. Arana Gómez B. Monroy Rojas A. Hernández Ortega Y. Salvador Martínez C. (2011): Construcción

emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto contexto enferm. vol.20 no. spe Florianópolis.

- Gayón Vera E. y cols. (2008): Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. Ginecol Obstet.;76 (2):88-96.
- Gómez García, E. Gómez Mampaso, S. Conde Someso y cols. (2005): Infección por Papillomavirus en el hombre. Estado actual. Actas Urol. Esp. V.29 n.4 Madrid.
- Guía de Práctica Clínica. Prevención y detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en el Primer Nivel de Atención. (2011): Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Atención Médica. Coordinación Médicas de alta Especialidad División de excelencia clínica.
- Guía de prevención y evaluación del riesgo de cervix. Am J Obstet Gynecol 2007. 197:356
- Integración de la atención sanitaria para la salud sexual y reproductiva y las enfermedades crónicas; Control integral del cancer. Guía de prácticas esenciales. OMS.
- Lazcano Ponce E. Jorge Salmerón Castro y cols. (2009): Recomendaciones para la definición de la política de vacunación contra el virus de papiloma humano en México; Salud pública Méx. vol. 51 n.4 Cuernavaca.
- Ledezma Pérez M.C. Fundamentos de enfermería. 2015. Ed. Limusa Grupo Noriega editores; p. 13-20.
- León Cruz G. Dr. Bosques Diego O. Dr. Silveira M. (2004): Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino; Rev. Cubana Obstet Ginecol v.3 n.3 Ciudad de la Habana.
- Libertad Martín A. y Reyes Díaz Z. (2003): Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. Rev. Cubana Salud pública v.29 n.2 La Habana.
- Lizano M, Carrillo A. (2009): Infección por virus de Papiloma Humano: Epidemiología, historia natural y carcinogénesis. Cancerología; 4:205-216.
- Manual cto enfermería atención primaria. (2007): 4a edición. Madrid: Mc Graw Hill. Interamericana.

- Manual de procedimientos para la Toma de Nuestra de Citología Cervical. (2006): Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaria de Salud. 1ª ed.
- Martín Zurro. Cano Pérez J.F.(2003): Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica, Madrid. 5a edición; Elseviser.
- Martínez M. Hernández I. Rodríguez J. (1985): Sociología de una profesión. El caso de Enfermería. Centro de estudios educativos A.C. 1ª ed. México, D.F; Ed. Nuevomar.
- OMS Factores de Riesgo.
- MD. Ortiz Serrano R. y Cols. (2004): Factores de Riesgo para Cancer de cuello uterino; Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 55 No. 2. p. 146-160.
- Lic. Pacheco Arce A. L. y cols. (2005): Fundamentación Teórica para el Cuidado Antología. ENEO.
- Parsonnet J. Microbes and malignancy. (1999): infection as a cause of human cancers. 1st ed. Okford, UK: Oxford University Press;pp:89-106.
- Pita Fernández S, Vila Alonso MT, Carpenete Montero J. Determinación de factores de riesgo; Unidad epidemiológica Clínica y Bioestadística. 19/10/02.
- Raile Alligood M. Marriner Tomey A. Modelos y Teorías en enfermería. 7ª ed. El Server Mosby Ed. Pág. 434.
- Ramírez Aguilera J. y cols. (2009). Prevalencia de virus de papiloma humano de alto riesgo tipo 52 y 66 en muestras endocervicales de población clínicamente sana con Papanicolaou normal, de la ciudad de Xalapa, ver. México. Medigraphic vol.34.
- Revista Digital Universitaria.1 de septiembre 2012 • Volumen 13 Número 9 • ISSN: 1067-6079.
- Rodriguez Alonso A. y Arrazola Moreno H. (2001): Las Bibliotecas de Pacientes en la sociedad de la información y del conocimiento: una reflexión sobre estos servicios para el siglo XXI». En *IX Jornadas de Información y Documentación en Ciencias de la Salud*, Cáceres. pp. 311-327.

- MD. Romero Pérez I.M. MD. Ceballos Díaz C.(2008); Lesiones premalignas y malignas de cervix en adolescentes y mujeres jóvenes. Clínica de Maternidad Rafael Calvo, Cartagena.
- Sánchez Rosado M. (2009)Elementos de Salud Pública ,4ª. ed. Ed. Méndez Editores; p. 7-13.
- Silva Ramón. León Daniela. Brebi Priscila. (2013): Diagnóstico de la infección por virus papiloma humano en el hombre; Rev. Chilena Infectol; 30(2):186-192.
- Smith J.S. Lindsay L. Hoots B. Keys J. Franceschi S. Winer R. et al. (2007): Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and highgrade cervical lesions: a metaanalysis update. Int J Cancer; 121(3): 621-32
- Tena Tamayo C. (2004); Consentimiento válidamente informado. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 3, julio - septiembre, p.3.
- Torres K. J. Povedaa A. Y Cols. (2014): Epidemiología del cáncer cervicouterino. Gaceta Mexicana de Oncología. 10 (Supl4);4-17.
- Torres Lobatóna A. Ávila Romerob S.A. Rico Olverac H. Caballero Morenod A. García Rodríguez F. García Matusf R. Durán Dangondg H. Gómez Gutiérrez G. Jiménez X. y Harp Hasane Z.A. (2014): Tratamiento de cáncer cervicouterino en estadios clínicos tempranos. Gaceta Mexicana de Oncología;13(Supl 4):59-66.
- Vargas Hernández V. M. Acosta Altamirano G.(2012): Prevención primaria del cáncer cervicouterino. Cir.80:291-300.
- Vargas Hernández V. M.(1996): Virus del papiloma humano. Aspectos epidemiológicos, carcinogénicos, diagnósticos y terapéuticos. Ginecol Obstet México. 64(sep.):411-6.
- Villalobos Tapia C.E. (2007). La perspectiva del cuidar a niños en una dimensión interdisciplinar. Rev. Cubana Enfermer. v.23 n.1. scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100009.
- William F. Ganong; Fisiología Médica; 13ª ed. Ed. Manual Moderno. Pág. 378
- www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/cancer-report-20140203/es/ centro de prensa de la OMS.

- www.ceneval.gob.mx Consultado en enero 2016.
- www.conapo.gob.mx
- Zaldívar Lelo de Larrea G. Martín Molina F. Cáncer cervicouterino y virus de papiloma humano. Rev. Chil.obstet.ginecolo.vol.77 no.4 Santiago 2012.