



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

Proceso de Enfermería basado con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con Virus de Papiloma Humano.

Que para obtener el título de Licenciatura en Enfermería.

Presenta

Nancy Karina Medina Martínez.

Asesora

M.E. Hortencia Garduño García.

Co-asesora

M.E. Claudia Maribel Ruiz Silva.

Revisor

**MSP. Julio César González
Cabrera.**

Morelia, Michoacán

octubre Octubre 2022

Directorio

M.S.P. Julio César González Cabrera

Director

M.I.E.N. Cecilia Castro Calderón

Secretaria Académica

M.E. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Asesora

ME. Hortencia Garduño García.

Co-asesora

M.E. Claudia Maribel Ruiz Silva

Revisor

MSP. Julio César González Cabrera.

Proceso de Enfermería basado con el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con Virus de Papiloma Humano.

Dedicatoria

La vida se encuentra plegada de retos, y uno de ellos es la universidad tras verme dentro de ella, me he dado cuenta que más allá de ser un reto, es una base no solo para mi entendimiento del campo en el que me he visto inmerso, sino para lo que concierne a la vida y mi futuro.

Este trabajo lo dedico con todo mi amor y cariño a mi hermosa familia:

A mis Padres, Hermanas y Hermano por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para nuestro futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A ellos lo dedico por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para una vida mejor, a quienes con sus palabras de aliento no me dejaron decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla mis metas.

A mi esposo por su gran apoyo, por sus palabras, comprensión y confianza, por su amor y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente.

A Dios por darme el privilegio de vivir, ya que gracias a él eh logrado concluir una carrera profesional.

A mis compañeras y amigas presentes, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas. A todas aquellas personas que durante estos años estuvieron a mi lado apoyándome de alguna u otra manera han contribuido para el logro de mis objetivos.

A mi institución y a mis maestros por sus esfuerzos para que finalmente pudiera graduarme como una feliz profesional, Gracias a todos.

Agradecimientos

A MIS PADRES Y HERMANAS

Una meta más en mi vida se ha cumplido. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo y comprensión en los momentos difíciles, gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida, por compartir mis penas y mis dolorosos fracasos, siempre recibiendo de ustedes la palabra de aliento que me dio la fuerza para seguir luchando.

A MI ESPOSO

Por la ayuda que me ha brindado ha sido sumamente importante, estuviste a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más tormentosas, siempre ayudándome. No fue sencillo culminar con éxito este proyecto, sin embargo fuiste muy motivador y esperanzador, dándome ánimos de lograrlo perfectamente.

Me ayudaste hasta donde te era posible, incluso más que eso, muchas gracias amor.

A MI ASESORA

Por el tiempo dedicado y paciencia en la elaboración de este documento, por los valores y su conocimiento profesional porque me ha enseñado para ser una mejor persona y que me han llevado a alcanzar una gran meta.

A DIOS Y A USTEDES

Infinitamente agradecida por darme la vida y salud, por permitirme llegar a esta etapa de mi vida, debo mis logros y con ustedes lo comparto con todo cariño, muchas gracias por su apoyo y por cumplir un sueño profesional como Licenciada en enfermería.

Resumen

Introducción. El virus del papiloma humano (VPH) ocasiona la infección de transmisión sexual la que se le considera como el principal agente para el desarrollo del cáncer cervicouterino en la población sexualmente activa entre esta están los adolescentes que constituyen la población más vulnerable debido al inicio de las relaciones sexuales usualmente sin métodos de protección. Los reportes epidemiológicos señalan que el VPH se presenta en 99.7% de los casos positivos de cáncer cervicouterino (CaCu), y en estudios nacionales se ha reportado que la presencia de VPH de alto riesgo aumenta 78 veces la probabilidad de presentar CaCu. El riesgo y la sintomatología del VPH son distintos entre hombres, que en mujeres las alteraciones que se producen es en donde Enfermería aplica el método estandarizado y sistemático a través del proceso de enfermería para plasmar los conocimientos y habilidades al diagnosticar y tratar las respuestas humanas y potenciales alteradas. **Objetivo.** Realizar las intervenciones de enfermería en pacientes con papiloma humano aplicando la valoración con el referente teórico de Dorothea E. Orem **Material y Métodos:** Se presenta el caso clínico de una usuaria portadora de virus de papiloma humano. se realizó una valoración a fin de determinar los diagnósticos de enfermería, la planeación de las intervenciones, la ejecución y finalmente la evaluación utilizando el proceso de enfermería **con la taxonomía North American Nursing Diagnosis Asociation (NANDA) Clasification Outcomes Nursing (NOC) – Clasification Intervencions Nursing (NIC).** **Resultados:** la persona respondió adecuadamente a las intervenciones de enfermería se las respuestas humanas alteradas logrando restablecer en un 90% de su recuperación. **Conclusiones.** Las intervenciones de enfermería que se aplicaron a la usuaria con el virus de papilloma humano para brindar una mejor calidad de vida fueron eficaces El conocimiento adquirido sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), sus consecuencias y métodos de protección, en edades tempranas de la vida, contribuyen a promover prácticas sexuales responsables en los jóvenes. La citología (Test de Papanicolaou) y la colposcopia son procedimientos útiles para el diagnóstico de VPH. La vacunación contra el VPH, es una medida de gran utilidad para la prevención de la infección por estos virus. **Palabras Claves.** Proceso de enfermería. Teoría General de Orem, VPH

Abstract

Introduction. The human papillomavirus (HPV) causes the sexually transmitted infection, which is considered the main agent for the development of cervical cancer in the sexually active population, among which are adolescents who constitute the most vulnerable population due to the onset of sexual intercourse usually without protective methods. Epidemiological reports indicate that HPV is present in 99.7% of positive cases of cervical cancer (CC), and in national studies it has been reported that the presence of high-risk HPV increases the probability of presenting CC by 78 times. The risk and symptomatology of HPV are different among men, than in women the alterations that occur is where Nursing applies the standardized and systematic method through the nursing process to capture knowledge and skills when diagnosing and treating human responses and altered potentials. **Goal.** Perform nursing interventions in patients with human papilloma by applying the assessment with the theoretical reference of Dorothea E. Orem **Material and Methods:** The clinical case of a user carrier of human papilloma virus is presented. an assessment was carried out in order to determine the nursing diagnoses, the planning of the interventions, the execution and finally the evaluation using the nursing process **with the taxonomy North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) Classification Outcomes Nursing (NOC) – Classification Interventions Nursing (NIC).** **Results:** the person responded adequately to the nursing interventions of the altered human responses, managing to restore 90% of their recovery. **Conclusions.** The nursing interventions that were applied to the user with the human papillomavirus to provide a better quality of life were effective. The knowledge acquired about sexually transmitted infections (STIs), their consequences and protection methods, at an early age of life, contribute to promoting responsible sexual practices in young people. Cytology (Pap test) and colposcopy are useful procedures for the diagnosis of HPV. Vaccination against HPV is a very useful measure for the prevention of infection by these viruses **Keywords.** Nursing process. Orem's General Theory, HPV.

Contenido

I.- Introducción.....	1
II.- Antecedentes.....	5
III.- Objetivos.....	10
3.1.- General.....	10
3.2.- Específicos.....	10
IV.- Marco Teórico.....	11
4.1. Proceso Enfermero (PE).....	11
4.1.1 Definición.....	12
4.1.2 Características.....	12
4.1.3 Etapas.....	13
4.1.4 Tipos de diagnósticos.....	15
4.2 Teoría de Autocuidado de Dorotea Orem (TEDA).....	16
4.2.1 Historia.....	16
4.2.2 Contexto.....	17
4.2.3 Teoría del Déficit de Autocuidado.....	18
4.2.3.1 Características.....	19
4.2.4 Teoría de Autocuidado.....	23
4.2.5 Teoría del déficit de autocuidado.....	23
4.2.6 Teoría de Sistemas Enfermeros.....	24
4.3 Virus de Papiloma Humano.....	25
4.3.1 Lesiones benignas asociadas al VPH. Verruga genital (condiloma acuminado y condiloma plano).....	26
4.3.2 Lesiones premalignas.....	27
4.3.4 Cáncer cérvico uterino.....	28
4.3.5 Factores de riesgo.....	28
4.3.5 Historia Natural de la enfermedad del virus del papiloma humano.....	31
4.3.6 Infección inicial por VPH y prevalencia de VPH en la población.....	32
4.3.7 Infección persistente por VPH y el desarrollo de NIC 2,3.....	33
V.- Historia Natural de la Enfermedad del VPH.....	34
VI.- Metodología.....	36
VII.- Caso clínico.....	38

VIII.- Consideraciones Éticas	42
IX.- Aplicación del proceso enfermería	44
9.1.- Valoración con el referente teórico de Dorothea E. Orem requisitos del autocuidado.....	44
X.- Diagnósticos	48
XI.- Conclusiones	71
XII.- Sugerencias.....	72
XIII.- Referencias bibliográficas	73
Bibliografía.....	73
XIV.- Anexos 14.1 consentimiento informado	76
14.2 Razonamiento diagnóstico.....	77
14.3 Glosario de términos	90
XV Apéndice	92

I.- Introducción

El presente Plan de cuidado individualizado, de una paciente con virus de papiloma humano se plasman las cinco etapas del proceso de enfermería con el referente teórico de Dorothea Orem, aplicado a una mujer de 42 años residente de san Rafael de la maraña municipio de Pénjamo Guanajuato. En el presente proceso de enfermería se aborda: la Introducción, Justificación, Objetivos, Metodología, Marco Teórico, Caso Clínico, Aplicación de las cinco etapas del Proceso, Conclusiones y Sugerencias, Bibliografía, Anexos y Apéndices, se utilizaron los libros para consultar los Diagnósticos Enfermeros International Nursing Diagnoses: Definitions & Classifications (NANDA), Clasificación de Resultados Esperados de Enfermería quinta edición (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería sexta edición (NIC).

Así mismo para realizar el marco teórico, se llevó a cabo una revisión de literatura con documentos bibliográficos especializados publicados en revistas científicas, libros de enfermería para recabar información adecuada sobre teorías y modelos, por lo que la teoría es esencial para explicar y comprender las prácticas enfermeras y por lo tanto para el mejoramiento de la profesión y como base de investigaciones que aumenten el cuerpo de conocimientos de la enfermería. Para ello también se investigó información científica sobre el virus de papiloma humano.

Por consiguiente el marco teórico tiene el propósito de construir un sistema coordinado y coherente de antecedentes, teorías y conceptos que permitan abordar el problema y lo sustenten desde el punto de vista teórico, así ayuda a examinar, Organizar, analizar e interpretar los datos del paciente, apoyando y facilitando la toma de decisiones.

El Virus del Papiloma Humano (VPH) representa un problema de salud pública debido a que las infecciones persistentes de serotipos de alto riesgo están

relacionadas con la aparición de cáncer de pene en hombres y cáncer cérvico uterino en mujeres. ingresos medios y bajos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). (Guerrero, 2018). En México, se han implementado acciones enfocadas específicamente a mujeres (Secretaría de Salud [SSA], 2015) pero, ha sido evidente fortalecer la educación para la salud sexual en ambos sexos y fomentarlos desde la adolescencia, dado que los comportamientos que adquieran y ejerzan en este periodo repercutirán en la vida adulta. En investigaciones previas se ha indagado el nivel de conocimientos sobre VPH (Bauta, 2018) que poseen los adolescentes y adultos jóvenes de áreas urbanas, cuyos hallazgos muestran que efectivamente hay un nivel bajo de conocimientos respecto a esta Infección de Transmisión Sexual (ITS) en ambos sexos, a pesar de ello, las mujeres han mostrado un nivel de conocimientos más alto a diferencia de los hombres, incluso se ha evidenciado que a pesar de haber recibido información sobre el uso del condón para evitar las ITS o los embarazos no deseados, omiten el uso del condón al iniciar vida sexual, situación que coincide con los picos de infección por VPH más altos en mujeres de 15 a 25 años de edad. Un estudio reafirmo que el uso del condón es 2 menor en las mujeres, en estratos socioeconómicos desfavorecidos, en zonas rurales, así como población indígena. (ciencias medicasde pinar del rio, 2009)

Enfermería es una ciencia que, desde tiempos remotos, en la era prehistórica los primeros cuidados eran brindados por el curandero de la tribu o se realizaba de forma simultánea por sus integrantes. Estos cuidados fueron transmitiéndose de una generación a otra con un carácter repetitivo de sus acciones sin tener conocimiento aún del cuidado, que presentaban en una base científica. Esta concepción de enfermería conducía a que los profesionales centraran exclusivamente su atención a la adquisición de los conocimientos necesarios para desarrollar determinadas técnicas, derivadas en su mayoría del quehacer profesional de otras disciplinas. (Bauta, 2018)

Enfermería es una ciencia joven que desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, esta profesión adquiere su primera teoría con Florencia Nightingale la cual se dedicó al cuidado de los heridos durante la guerra de Crimea y determinó que, si se mejoraban sus condiciones ambientales e higiénicas existía un menor porcentaje de muertos.

En 1852 Florence Nightingale con su libro "notas de enfermería" sentó la base de la enfermería profesional, ella intentó definir cuál era la aportación específica al cuidado de la salud y a partir de ese momento surgen o nacen nuevos modelos donde cada uno de ellos construye el cuidado de enfermería.

Algunas las teóricas de enfermería se dedicaron a crear y a estudiar modelos de atención de enfermería con una convicción naturalista, las cuales, lograron identificar necesidades humanas y otras, como Dorothea Orem, crearon modelos de autocuidado para garantizar la atención al paciente. (Calabres, 2009)

La Teoría del Déficit del Autocuidado, creada por Dorothea E. Orem, se encuentra enmarcada dentro de las tendencias de suplencia o ayuda de las teorías de la enfermería. Esta autora concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital, fomentado, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente. (Burns, 2012.)

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como proceso enfermero. Este método permite al personal de enfermería preste cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El proceso enfermero es un sistema compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución, evaluación. (Grove, 2012)

En el constante quehacer de enfermería se puede corroborar la vigencia de las teorías y modelos definidos, con esto, se propone demostrar la aplicación de la teoría del autocuidado como base del proceso de enfermería, que pretende ser la herramienta de la disciplina para mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas. En el caso de los pacientes con enfermedades de transmisión sexual como lo es el virus de papiloma humano el proceso de enfermería garantiza el cuidado integral de la persona y fomenta un estilo de vida saludable que limita el daño y controla los problemas de salud reales y potenciales que se presentan.

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población. Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Ya que en la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y el usuario obtendrá mayores beneficios. La expedición de esta norma tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. (Toro-Montoya, 2022)

Asimismo la NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, tiene como objetivo Establecer las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema

Nacional de Salud, así como para la prestación de dicho servicio que en forma independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica. La presente norma es obligatoria en los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud en donde se presten servicios de enfermería, así como para las personas físicas que prestan dichos servicios en forma independiente.

II.- Antecedentes.

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión.

“Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiendenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases”. (Bárbara y Bernocchi-Losey, 1997).

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión: su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en México, cada día adquiere mayor relevancia en la formación del personal de enfermería y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía falta mucho camino por recorrer en este terreno, el

cual resulta desconocido para mucho personal de enfermería hasta hoy en día. (Bárbara y Bernocchi-Losey, 1997).

La disciplina profesional de Enfermería tiene sus inicios a mediados del siglo XIX, sus orígenes se remontan al acto de cuidar a la persona herida, con la figura de Florence Nightingale se da el inicio a la disciplina de enfermería y fue la primera teórica que describió a Enfermería y la relaciona con el entorno, abordando con especial interés la observación. Desde allí, empieza la conceptualización del Cuidado como pilar fundamental de Enfermería, en los años 70 '(Reina,2010) originando los cimientos hasta lo que conocemos actualmente, como PE.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstico (Rosales, 2015)

Linda Hall, quien describió el PE como el método de trabajo del profesional en la década de los cincuenta del siglo pasado, desde entonces ha tenido varios títulos como método enfermero. (Kozier, 2017) Posteriormente Iyer, Luis Rodrigo 1998 y Alfaro 1999 coinciden con la definición de la ANA y añaden que enfermería es una ciencia y un arte de proporcionar cuidados.

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos que está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. La enfermera completa los déficit de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona (Orem, 1993).El rol de enfermería, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco formas de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de

la persona y enseñar. Para ello el personal de enfermería se vale de tres formas de actuar: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona. (Orem, 1993)

La persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados unidos a desviaciones de salud. (Orem, 1993)

La salud se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. (Orem, 1993)

El entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad para ejercerlos (Orem, 1993).

Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. (Orem, 1993).

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, (Hernández, 2017) concluye que, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para

intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería en Cuba.

El modelo de Orem promueve la satisfacción de las demandas de autocuidado del individuo, fomentando su autonomía, ya que la meta que la enfermera se plantea utilizando el modelo está dada por asistir a las personas para que alcancen al máximo su nivel de autocuidado (Rivero et al 2007).

La gran teoría de la americana Orem, promueve la satisfacción del usuario por medio de la enseñanza aprendizaje, y de la agencia de enfermería, su uso ha sido de gran relevancia y los diversos estudios de la literatura científica lo demuestran a través de las revisiones sistemáticas y su aplicación en lo asistencial, también diversas universidades lo tienen en sus currículos como parte fundamental de la trayectoria escolar, aunque su aplicación es compleja y requiere de estudio profundo, se ha utilizado para la complementación del PE.

Respecto al VPH desde hace casi 30 años se sugirió que era el agente causal del cáncer del cérvix uterino. Esta idea le concedió el Premio Nobel en 2009 al profesor Harald zur Hausen. Actualmente se ha establecido que la infección persistente por tipos oncogénicos de VPH es la causa necesaria del cáncer del cérvix. Mediante múltiples estudios epidemiológicos, moleculares y clínicos se ha demostrado que esta neoplasia es una secuela de una infección no resuelta de ciertos genotipos de VPH. En esencia todos los cánceres de cérvix contienen DNA de algún tipo de VPH de alto riesgo. (Medina, 2018)

Los papilomavirus han cohabitado con la especie humana a través de miles de años, sufriendo pocos cambios en su composición genómica. Basado en el análisis de secuencia de DNA, se han reconocido más de 100 genotipos de VPH que causan un diverso rango de lesiones epiteliales. A nivel evolutivo todos los papilomavirus que se conocen se han agrupado en 16 géneros y los VPH se agrupan en 5 de estos géneros. Los dos géneros de VPH más importantes son los papilomavirus Alpha (α) y los Beta (β). La mayoría de los VPH que infectan área genital pertenecen al género Alpha. El análisis de los genotipos de VPH resulta importante por distintas razones, dentro de éstas se encuentra que los VPH son

tejido específicos y en general producen diferentes tipos de lesiones benignas y malignas del tracto anogenital tanto en hombres como en mujeres; además, quince de estos tipos virales se asocian en diferente grado al cáncer de cérvix. El papilomavirus tipo 16 es el más prevalente de los VPH oncogénicos, responsable de más de la mitad de los tumores, mientras que el papilomavirus tipo 18 está involucrado en el 20% de los mismos.

Las mujeres sexualmente activas, de cualquier edad, pueden infectarse con VPH oncogénicos. Sin embargo, el cáncer de cérvix invasor en mujeres jóvenes infectadas con virus oncogénicos es raro y la prevalencia de VPH en mujeres de 40 años o mayores no se correlaciona con la alta tasa de cáncer cervical. Es la persistencia de VPH oncogénicos lo que da lugar al desarrollo de lesiones precancerosas y potencialmente al cáncer invasor, lo que puede llevar varios años para su desarrollo. (Ortunio, 2014)

Los VPH también han sido implicados en el desarrollo de tumores malignos en sitios distintos a la región anogenital, como ano, vagina, vulva y pene e incluso cavidad bucal, pero con una fracción atribuible considerablemente menor a la del cáncer de cérvix, en el cual virtualmente el 100% de los cánceres son causados por VPH (Calabres, 2009).

La presencia de VPH también se ha correlacionado con otros tumores como el carcinoma escamoso de la conjuntiva, vejiga y uretra, pulmón, retina, mama, próstata, ovario y endometrio. Sin embargo, el papel de VPH en estos tumores es muy controvertido y no está descartada la posibilidad de contaminación en los resultados obtenidos por los diferentes estudios (Revisado por Trottier y col., 2009). Por este motivo, resulta necesario obtener evidencia adicional que permita definir la asociación entre VPH y el riesgo subsecuente a estos tumores. (Lizano-Soberón, 2009)

III.- Objetivos

3.1.- General

Aplicar el proceso de enfermería basado en la teoría de Dorothea E. Orem, a una persona con virus del papiloma humano con fin de diseñar y brindar un plan de cuidados individualizado para contribuir a mejorar su estado de salud y calidad de vida.

3.2.- Específicos

- Realizar una valoración completa con base en la guía de recolección de datos de Dorothea E. Orem con la finalidad de identificar y priorizar las necesidades de autocuidado de la paciente para solucionar los problemas principales.
- Elaborar diagnósticos de enfermería con base en la taxonomía II de la NANDA para fines de aplicar acciones de cuidado.
- Establecer planes de cuidado individuales y llevarlos a cabo a fin de mejorar el estado de salud de la persona, mediante la prevención de complicaciones o curar la enfermedad.
- Evaluar los avances en el estado de salud de la paciente y la eficacia de los cuidados brindados para mantener o modificar el plan de cuidados necesario.

IV.- Marco Teórico

Para la aplicación del proceso enfermero en este caso del VPH, el cual se basa en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem. A través de la documentación y clasificación se determinaron los problemas de salud reales o potenciales en los que se sustentaron las acciones de enfermería. Se llevó a cabo una revisión de literatura con documentos bibliográficos especializados publicados en revistas indexadas, artículos académicos. Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

4.1. Proceso Enfermero (PE)

Es un método sistemático que brindar cuidados humanistas intencionados en el cual se planea objetivos y se aplican en los pacientes con distintas necesidades y deben de ser proporcionados con calidad y calidez. Una vez señalado que es un método sistemático se debe entender que es un procedimiento metódico de intervención práctica en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el proceso de enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, y de carácter metodológico. (Christensen, 1993). (kozier, 2017)

EL PE representa el eje metodológico fundamental de enfermería para brindar cuidados, como lo menciona (González y Monroy, 2016) siendo así el único método científico objeto de la profesión de enfermería, debido a tal importancia Reyna en el 2010 lo definió como “instrumento vital de cuidado” Gutierrez en el 2009, lo describió como la aplicación del método científico en la práctica, y menciona que es la única herramienta científica válida para brindar cuidado de calidad, término que en los últimos años ha prevalecido para la mejora de la atención al usuario, que a su vez la convierte en disciplina científica (Gonzalez y Monroy, 2016).

4.1.1 Definición.

Como se mencionó anteriormente, el concepto de PE, obedece a la transformación de diversos autores, a través de la historia, coincidentemente su abordaje no dista mucho entre uno y otro; (Reina, 2010) lo define como; herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional. Por otra parte, Gutiérrez, menciona en su artículo titulado “Factores que determinan la aplicación de PE en hospitales de Villavicencio, Colombia” como la metodología que estandariza la identificación y resolución de los problemas del paciente y direcciona el cuidado basado en la evidencia, esto incluyendo las etapas actuales.

Establecer una base de datos sobre la respuesta del usuario a sus preocupaciones sobre la salud o a la enfermedad y su capacidad de tratar su necesidad entorno a la salud.

Identifica las fortalezas del usuario y los problemas de salud que pueden evitarse o resolverse mediante intervenciones de enfermería, colaboradoras e independientes, además ayudar al usuario a alcanzar los objetivos/ resultados deseados que favorece el bienestar, evitar las enfermedades, restaurar la salud y facilita el afrontamiento a la alteración de la función.

4.1.2 Características

El PE se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación, es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes(reina,2010) mejoran, empeoran, aumentan disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación salud-enfermedad, de necesidad (Reyes, 2015) lo que lleva a que se construyan varios procesos para un mismo sujeto.

Por ende, es oportuno, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que, al evaluarse, es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar

problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y de método científico (Reina, 2010).

Es humanistas por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no debe fraccionar, modificarse o continuar según la evolución del sujeto de cuidado. El humanismo; concepto acuñado por el profesional de enfermería, para describir y etiquetar al hombre o al ser como un ser indivisible. Algunas otras características que se han descrito son; la intencionalidad, la flexibilidad y la interactividad, como lo menciona el documento electrónico; (Mendoza, 2015)

Para concebir y aplicar el PE, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son; conocimientos, las habilidades y la crítica. (Reyna, 2010) mismas que se adquieren en su trayectoria formativo.

4.1.3 Etapas

El PE está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación (Reina, 2010). Metodología que estandariza la identificación y resolución de los problemas del paciente y direcciona el cuidado (Gutiérrez, 1967) Yura y Walch describieron cuatro fases, consideradas en la primera generación del PE (González y Monroy 2016) ya posteriormente la progresión describiría cinco etapas, descritas a continuación.

En la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria. Favoreciendo la interacción de la enfermera. Sujeto de cuidado, como lo describe (Reina, 2010), al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. Elementos necesarios para una óptima recolección de datos objetivos y subjetivos, entre otros.

Reyna, también menciona que el punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Maryore Gordon creados en el año 1973, y que actualmente son utilizados para realizar la valoración de enfermería en el PE, en diversas instituciones de salud en México (2009)

La segunda fase del PE es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención (Roldan y Fernández (1999). Aunque en el progreso del PE se pudo determinar que no solo era un problema real si no también podía ser potencial.

En esta segunda etapa; el diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería (Reina, 2010)

La planeación como tercera etapa del PE, incluye las siguientes etapas; establecimiento de prioridades entre los diagnósticos, determinación de objetivos y planeación de intervenciones de enfermería para ayudarle a lograr los objetivos, describen roldan y Fernández *en* su artículo proceso de atención de enfermería (1999).

La Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería Reina, (2010) la importancia de esta etapa, radica en utilizar un juicio propio para la identificación correcta de estas intervenciones.

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación Reina, (2010), la comunidad de enfermería insiste en el registro correcto de las intervenciones ya que se menciona que no registramos todo lo que realmente realizamos.

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los

objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. (Reina, 2010).

(Gonzalez, 2012) Definen que cada disciplina establece su actuar a través de la aplicación del método científico en su campo de trabajo, dicho método está sujeto a cambios por la adopción de nuevos paradigmas, el caso de enfermería se ha transitado por tres paradigmas que han configurado este actuar, cada uno de ellos implicó un cambio en la concepción del metaparadigma, definiendo así; persona, enfermería, cuidado y entorno, por supuesto no queda excluidas las etapas del PE (2010).

4.1.4 Tipos de diagnósticos.

1.- Diagnóstico de riesgo: los profesionistas siempre han sido responsables de identificar a las personas, familias y comunidades en riesgo y protegerlos del mismo. Un diagnóstico de riesgo describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia y comunidad vulnerables.

2.- Diagnóstico de promoción a la salud: es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresando por su disposición para mejorar conductas específicas de salud.

3.- Diagnóstico enfermero de salud o de bienestar: describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que está en disposición de mejorar. Esta disposición se sustenta en características definitorias. Como todos los diagnósticos, se identifican resultados sensibles a la intervención de enfermería que proporcionen una alta probabilidad de alcanzarlos.

4.- Diagnóstico real: describe respuestas humanas o procesos vitales/estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad. Está apoyada por características definitorias como objetivos y subjetivos.

5.- Síndrome: grupo de objetivos y subjetivos que aparecen juntos.

4.2 Teoría de Autocuidado de Dorotea Orem (TEDA)

Dorothea E. Orem presenta su TEDA como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería, (Naranjo, 2017) llamada “una de las grandes teóricas”, desarrollo este modelo conceptual, cuya finalidad es la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado de la misma).

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero (Prado, González, Paz, Romero, 2014).

4.2.1 Historia

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914 y falleció en el 2017. Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Wasington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930 Naranjo et al.,(2017) durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería, Pereda, (2011), debido a esto obtuvo experiencias y pensamiento crítico, para finalmente comenzar a escribir.

El primer libro publicado de Dorothea E. Orem fue Nursing Concepts of Practice en 1971. Mientras preparaba y revisaba Concept formalization in Nursing: Process and Product, Dorothea E. Orem fue editora de la NDCG (1973,1979). En 2004 se reedito la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society

for Nursing Science and Scholarship. Las siguientes ediciones de Nursing: concepts of Practice se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995, y 2001. Dorothea E. Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando, de forma individual o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (Naranjo, 2017).

Dió a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach, (Naranjo, 2017), y bases de algunas ciencias alternas, entre ellas la psicología, la filosofía, la medicina etc.

Para la TEDA es fundamental el tema filosófico, mostró la coherencia entre las visiones respecto a la naturaleza de la realidad, de los seres humanos y de la enfermería como una ciencia y las ideas y posturas asociadas a la filosofía. Orem no estudió la naturaleza de la realidad específicamente sin embargo las afirmaciones y frases que utiliza reflejan una postura realista moderada (Hernández, 2017) y así centraba la existencia en lo individual, donde está el verdadero ser.

En 1950 propuso por primera vez una definición de enfermería, se dedicó a desarrollar una estructura teórica que sirviera de marco para este cuerpo de conocimientos (Hernández, 2017).

4.2.2 Contexto

El cuidado es una actividad permanente y cotidiana de la vida de los sujetos. Todos o casi todos, cuidan y/o se cuidan. El cuidado de enfermería añade a lo cotidiano la profesionalidad. El cuidado hay que situarlo en el contexto del proceso vital o hasta la muerte (Hernández, 2017)

Si de contexto hablamos; las teorías y modelos conceptuales no son nuevos para la enfermería, en la actualidad cada profesional de la enfermería tiene su propia visión, en México aún hay mucho por trabajar en ello. Es conocido por los profesionales de la enfermería que no se pueden aplicar en todas las situaciones todos los modelos y teorías, sino una pequeña parte de ellos que respondan a una necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente

para proporcionarse a sí misma la calidad y cantidad de cuidados requeridos para mantener la vida y el bienestar como causa de una situación de salud particular. Los modelos y teorías de enfermería se utilizan para guiar y facilitar la práctica de los enfermeros. (Naranjo, 2017).

Sillas E, en el 2011, menciona que el papel que ocupa actualmente la enfermería en las disciplinas del área de la salud y en la sociedad, está determinado por su trayectoria y quehacer en el transcurso del tiempo, influenciado por una serie de hechos y circunstancias que han definido su actuar y su función social, siendo está reconocida a nivel mundial y con ello el compromiso de mejorar los procesos y elevar la calidad en el cuidado.

La enfermería nació con el hombre, por la necesidad de proveer el cuidado a la familia y posteriormente a las personas que requieren de un cuidado especializado. Inicia como una profesión eminentemente práctica, que con el devenir de los años ha incrementado su cuerpo de conocimientos como lo muestran la creación de teorías de enfermería a partir de 1950 y más tarde con el proceso de enfermería y la taxonomía NANDA, NIC, NOC (Rosales, 2015)

En el manual de apoyo para el personal de enfermería en las unidades de hospitalización, elaborado por Canul, S. en el 2014 explica que en México, las aportaciones de Orem pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, especialmente para aquellos que presentan enfermedades crónicas degenerativas tales como la hipertensión arterial, las cardiopatías, la diabetes, así como la dependencia a drogas, que requieren cambios en el estilo de vida, de tal forma que las intervenciones construidas a su alrededor permitan disminuir las complicaciones en su salud y/o evitar que éstas aumenten.

4.2.3 Teoría del Déficit de Autocuidado

Dorothea Elizabeth Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería. Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar

compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo (Naranjo, 2017).

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos: 1. Requisito de autocuidado universal. 2. Requisito de autocuidado del desarrollo 3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud. Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica (Naranjo, 2017)

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar (Naranjo, 2017).

4.2.3.1 Características

Para aplicar el modelo de Orem es necesario conocer cómo define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud, así como también la conceptualización de su teoría, y que la caracteriza.

Orem define al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno, define los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, el entorno es entendido

como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, familiares o comunitarios, finalmente define la salud como un estado que, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona (Naranjo, 2017)

Así mismo el proceso de enfermería se caracteriza por lo siguiente:

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por el personal de enfermería, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación)

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe de fraccionar.

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el del propio personal de enfermería.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano – humano con la usuaria para acordar y lograr objetivos comunes.

El proceso de enfermería se centra en el usuario, el profesional organiza el plan asistencial en función de los problemas del usuario en lugar de los objetivos de enfermería. En la fase de valoración, se obtiene datos para determinar los hábitos, rutinas y necesidades del usuario, la que capacita el profesional para incorporar al máximo las rutinas del usuario en el plan asistencial. (Naranjo, 2017)

Interpersonal y colaborativo: exige que el profesional se comunica de manera directa y constante con los usuarios y con los familiares para cubrir sus necesidades. Como miembros del equipo de asistencia de salud, en un refuerzo conjunto para proporcionar una asistencia de calidad al usuario. (Rosales S. , 2004)

Universal: se usa como una estructura para la asistencia de enfermería en todos los tipos de marcos de salud, con usuarios de todos los grupos de edad.

El profesional usa diversas habilidades del pensamiento crítico para desempeñar el proceso de enfermería.

Beneficios/Ventajas

Aplicar el proceso de enfermería es un verdadero reto por el sin numero de factores que caracteriza la formación y practica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en relación con la de los otros países.

Sin embargo esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera que busca el logro de identidad profesional y que pretenda proporcionar una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento (Marriner, 2013)

Establecer una base de datos sobre la respuesta del usuario a sus preocupaciones sobre la salud o a la enfermedad y su capacidad de tratar su necesidad entorno a la salud.

Identifica las fortalezas del usuario y los problemas de salud que pueden evitarse o resolverse mediante intervenciones de enfermería, colaboradoras e independientes, además ayudar al usuario a alcanzar los objetivos/ resultados deseados que favorece el bienestar, evitar las enfermedades, restaurar la salud y facilita el afrontamiento a la alteración de la función (Marriner, 2013)

4.2.3.2 Autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem, la define como actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas

sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento (Naranjo, 2017)

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, al coincidir con la finalidad de la promoción de la salud.), Así mismo, (Hernández, 2017) lo define como conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y desarrollo.

El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar, además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. Así lo menciona de igual manera (Naranjo, 2017); “función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar”.

4.2.3.3 Suposiciones

Orem planteó presuposiciones y propuestas para la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros. Estos elementos constituyen la expresión de las teorías que se resumen a continuación. (Marriner, 2013)

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de 1970 y se presentaron por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973 (Marriner, 2013)

Orem, identifica las cinco premisas en la teoría general de la enfermería: 1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar. 2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios. 3. Los seres

humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo. 4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos. 5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades. (Marriner, 2013)

4.2.4 Teoría de Autocuidado

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos: 1. Requisito de autocuidado universal, 2. Requisito de autocuidado del desarrollo 3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud. (Naranjo, 2017)

(Naranjo, 2017), consideró que la teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo bajo los requisitos antes descritos.

4.2.5 Teoría del déficit de autocuidado

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto (Hernández, 2017) ante la capacidad de los seres humanos de adaptarnos a las situaciones del entorno, se requiere de apoyo para completar actividades de la vida diaria y del mismo autocuidado, y este sería de familiares, amigos y del mismo profesional de enfermería.

(Naranjo, 2017) en el menciona que esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. (Naranjo, 2017). El cuidar de uno mismo, cuando el individuo toma conciencia de su propio compromiso, limitaciones del cuidado, cuando no está en sus manos, por factores externos y aprendizaje de autocuidado, cuando usa sus propios medios cognitivos para satisfacer sus requisitos.

4.2.6 Teoría de Sistemas Enfermeros

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser; esta teoría se encuentra compuesta por tres tipos de sistemas; totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

El sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad (Kozier, 2017) ejemplo de este sistema es; cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total, cuando los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente, o al paciente encamado con reposo absoluto.

El Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción, puede ser por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las

necesidades de autocuidado, el paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse (Kozier, 2017)

En el sistema de apoyo, enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades (Kozier, 2017) ejemplos de esto pueden ser; consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Los elementos básicos que la constituyen son; la enfermera, el paciente o grupo de personas, los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones familiares y amigos. (Hernández, 2017)

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común; las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas, los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados, preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería, debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud y por ultimo debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro. (Hernández, 2017)

4.3 Virus de Papiloma Humano.

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es un evento de transmisión sexual ampliamente difundido a nivel mundial y constituye un factor necesario, aunque no suficiente, para el desarrollo del cáncer de cuello uterino (CCU). Por lo general esta infección es adquirida en edades tempranas con el comienzo de las relaciones sexuales en ambos sexos. La prevalencia de dicha

infección presenta un pico en mujeres menores de 25 años, coincidente con el inicio de su vida sexual y posteriormente muestra una disminución significativa en edades medianas y mayores. (Tejeda, Velasco, & Nieto, 2007)

El VPH es un virus altamente epiteliotrópico y posee una gran especificidad de especie. Hasta el momento se han identificado más de 150 tipos de VPH, de ellos 40 infectan el epitelio anogenital y 12 están reconocidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como cancerígenos. Atendiendo a su capacidad transformante y a su asociación con el desarrollo del cáncer cérvico uterino, los mismos son clasificados como de alto (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58 y 59) y de bajo (6 y 11) riesgo de desarrollar cáncer. (Tejeda, Velasco, & Nieto, 2007)

Las infecciones por estos virus son transitorias, en un 80% desaparecen espontáneamente en un período de 7 meses a 2 años. Solo una minoría de las mujeres infectadas por el virus desarrollará lesiones premalignas y malignas del cérvix. La persistencia viral del VPH de alto riesgo es una condición necesaria aunque no suficiente para el desarrollo, mantenimiento y progresión de las lesiones precursoras y el cáncer cérvico uterino. (Tejeda, Velasco, & Nieto, 2007)

Las enfermedades anogenitales asociadas a la infección por el VPH varían desde lesiones benignas hasta el cáncer invasor. (Tejeda, Velasco, & Nieto, 2007)

4.3.1 Lesiones benignas asociadas al VPH. Verruga genital (condiloma acuminado y condiloma plano)

La verruga genital (VG), es la enfermedad de transmisión sexual más difundida a nivel mundial, causada por los VPH de bajo riesgo 6 y 11. Aparece como una lesión verrugosa exofítica de lento crecimiento la cual puede afectar a la vulva, vagina, cérvix, ano, pene y, con menor frecuencia en boca y laringe, de personas que practican el sexo oral con individuos infectados. (Bustamante-Ramos, 2015)

Los condilomas pueden presentarse en forma aislada o formando racimos que abarcan el área genital y anal. El condiloma acuminado es de fácil diagnóstico clínico por formar estructuras en forma de coliflor visible, mientras que el condiloma plano precisa de técnicas específicas y de un personal altamente calificado para su detección. (Bustamante-Ramos, 2015)

4.3.2 Lesiones premalignas

La infección por el VPH debe ser eliminada por el sistema inmunológico de la mujer inmunocompetente en el transcurso de 1 a 2 años, en un pequeño grupo de ellas la presencia viral, en especial los VPH de alto riesgo, persiste y comienzan a aparecer una serie de alteraciones celulares que conllevan al desarrollo de lesiones premalignas. (Bustamante-Ramos, 2015)

Las lesiones premalignas del cuello uterino son nombradas lesiones intraepiteliales cervicales (NIC), las cuales van desde 1 hasta 3. Recientemente esta clasificación ha sido reformulada agrupándose las lesiones en sólo dos grupos atendiendo a las dos posibles decisiones terapéuticas, observación o intervención quirúrgica denominándoseles: Lesión escamosa de bajo grado (LSIL, por sus siglas en inglés) y lesión escamosa de alto grado (HSIL, por sus siglas en inglés). (Bustamante-Ramos, 2015)

NIC I: Pueden ser nombradas como displasia ligera, neoplasia intraepitelial cervical grado I o lesión escamosa de bajo grado. No debe ser considerada como una verdadera lesión premaligna, sino como un diagnóstico histo-patológico de una infección por VPH. Tienen una alta tasa de regresión espontánea y solo alrededor de un 10 a 15 % de las mismas progresarán a una etapa más avanzada. El manejo clínico es observacional. NIC II Displasia moderada, neoplasia intraepitelial cervical grado II o lesión escamosa de alto grado. Es considerada como lesión premaligna de alto riesgo, aunque alrededor de un 40% de las mismas pueden regresar espontáneamente. Son tratadas clínicamente debido a su potencial para progresar a estadios más avanzados. (Bustamante-Ramos, 2015)

NIC III Displasia severa, neoplasia intraepitelial cervical grado III o lesión escamosa de alto grado. Es considerada el verdadero precursor del cáncer cérvico uterino. Es obligatorio su tratamiento debido a su alta probabilidad de pasar a cáncer. CIS (Carcinoma *in situ*). Estadío más cercano al cáncer cervical invasivo (clasificándose como Etapa 0). En su mayoría está asociado al NIC III, aunque en ocasiones se dificulta su diagnóstico. (Bustamante-Ramos, 2015)

4.3.4 Cáncer cérvico uterino

El cáncer cérvico uterino (CCU) es el tercer cáncer más frecuente y la segunda causa de muerte en el sexo femenino a nivel mundial. Su distribución global muestra una estrecha relación con el nivel de desarrollo socioeconómico, donde las tasas de incidencia y mortalidad tienden a ser al menos 5 veces mayor en países subdesarrollados comparados con los de alto desarrollo. En Cuba el CCU se sitúa en el 4to lugar en incidencia y el 5to en mortalidad con tasas de 33,0 y 7,9 por 100 000 habitantes, respectivamente. (Tejeda, Velasco, & Nieto, 2007)

Los tumores epiteliales son los tipos histológicos del cáncer cervical más frecuentes y se subdividen en:

- Carcinoma de células escamosas. Es el más frecuente con aproximadamente el 80% de los casos. Se originan a partir del epitelio pavimentoso y las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado son su precursor inmediato.
- Adenocarcinoma cervical, el cual constituye el 15% de los casos, se desarrolla a partir de lesiones precursoras denominadas adenocarcinoma *in situ*.
- Carcinomas adenoescamosos y neuroendocrinos, que constituyen el 5% restante de los casos.

El CCU está asociado a los VPH de alto riesgo, donde los genotipos 16 y 18 son responsables de aproximadamente el 80% de los casos. Este tumor tiene su origen en la unión escamo- columnar, la cual es altamente sensible a la acción de estos virus. (Tejeda, Velasco, & Nieto, 2007)

La introducción de programas de cribado poblacionales del cérvix uterino, ha mostrado una significativa disminución en la frecuencia de aparición de dichos tumores en aquellos países que lo poseen. (Tejeda, Velasco, & Nieto, 2007)

4.3.5 Factores de riesgo

El CCU es considerado como una enfermedad de transmisión sexual, debido a la relación directa entre la incidencia de este tipo de cáncer y la conducta sexual de los diferentes grupos humanos.

1. El inicio precoz de las relaciones sexuales, es un aspecto de especial interés a debatir debido al efecto perjudicial que puede ocasionar en la salud de las mujeres, especialmente en las menores de 25 años.
2. Múltiples compañeros sexuales.
3. Compañero sexual promiscuo.
4. La multiparidad.
5. Factores virales.

Es reconocido que el CCU es el resultado de una infección por VPH - AR no resuelta. Esta enfermedad es una de las primeras causas de muerte y la que provoca más años de vida perdidos a nivel mundial en el sexo femenino, ocurriendo más del 80% en países subdesarrollados. Cuba no escapa a esta situación, en nuestro país el CCU se sitúa entre los primeros lugares en incidencia de las enfermedades malignas en la mujer y la primera en el grupo de 20 a 44 años. La mortalidad causada por estos tumores ocupa la quinta posición entre las féminas y donde se reportan fallecimientos a partir de los 20 años. (CASTRO-VASQUEZ, 2010)

Por todas estas razones en nuestro país el CCU representa un problema de salud que preocupa a las autoridades del MINSAP y donde la prevención es la principal estrategia de lucha contra esta enfermedad, ya que la misma es una de las armas que mejor puede contribuir a disminuir la aparición del CCU. (Márquez, 2014)

El aumento del conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), sus consecuencias y métodos de protección para evitarlas, desde edades tempranas de la vida, contribuyen a estimular prácticas sexuales responsables en los jóvenes. La citología (Test de Papanicolaou) y la colposcopia son herramientas de gran valor para el diagnóstico de lesiones asociadas al VPH. En nuestro país el Programa Nacional de prevención del Cáncer cérvico uterino se basa en ambas técnicas (citología y colposcopia) y el mismo da cobertura a todas las mujeres comprendidas entre 25 y 60 años. (Márquez, 2014)

El diagnóstico molecular del VPH es la más sensible de todas las pruebas actualmente utilizadas para la detección de la infección por estos virus. Una de las mayores ventajas de este diagnóstico es su alto valor predictivo negativo. Diversos estudios epidemiológicos han mostrado que cuando el diagnóstico molecular del ADN del VPH es negativo, el riesgo de dicha paciente de desarrollar un NIC 3 es prácticamente cero en un período de 5 o más años. Esta característica de la prueba permite alargar el intervalo de pesquisa de estas mujeres de 3 a 5 años. La tendencia actual de los programas de pesquisa para la prevención del cáncer de cérvix uterino en países desarrollados, es establecer el diagnóstico molecular del VPH como primera opción en el algoritmo de dichos programas, seguida de la citología para los casos VPH +, y realizar una nueva pesquisa al cabo de los 5 años en aquellas mujeres que fueron VPH negativo. (Márquez, 2014)

La vacunación profiláctica contra los VPH, es en nuestros días un potente instrumento en prevenir la adquisición de la infección por estos virus. En la actualidad hay dos vacunas profilácticas contra el VPH que están siendo ampliamente comercializadas:

- Gardasil, desarrollada por Merck & Co., Inc. Una vacuna tetravalente.
- Cervarix, desarrollada por GlaxoSmithKline. Vacuna bivalente.

Ambas vacunas previenen la infección de los dos tipos del VPH oncogénicos más frecuentes (16 y 18), que combinados son responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer cervical invasivo a nivel mundial. Estas vacunas previenen la aparición de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino, vulva, vagina, ano, así como otras lesiones asociadas a la infección por estos virus. La vacuna tetravalente protege también la infección por los tipos 6 y 11 del VPH y por tanto la aparición de la verruga genital, enfermedad de transmisión sexual ampliamente difundida a nivel mundial. Las edades propuestas para la vacunación son en adolescentes de 9 - 13 años, antes de iniciar su vida sexual, que es el grupo donde se observa mayor respuesta antigénica. (Tejeda, Velasco, & Nieto, 2007)

4.3.5 Historia Natural de la enfermedad del virus del papiloma humano

La mayoría de las infecciones por el virus del papiloma son transmitidas por un contacto cercano, bien sea de piel a piel o mucosa a mucosa. Estudios epidemiológicos claramente indican que la relación sexual es la ruta primaria para las infecciones por VPH ano genitales. La infección es relativamente infrecuente en mujeres que no han tenido contacto sexual, y existe una fuerte y consistente relación entre el número de parejas sexuales pasadas y actuales y la prevalencia de VPH en mujeres. También hay una fuerte relación entre haber tenido una nueva o nuevas parejas sexuales y una infección ano genital por VPH. El uso constante del condón reduce pero no elimina la transmisión del VPH. En un estudio prospectivo entre estudiantes universitarios, quienes iniciaron su actividad sexual después o inmediatamente de enrolarse en el estudio, se determinó que el porcentaje de infecciones ano genitales por VPH fue de 89%, al año de seguimiento en aquellas cuyas parejas que raramente utilizaban el condón durante el acto sexual, comparada con el 38% entre aquellas pacientes cuyas parejas siempre usaban el condón. (Martínez, 2014)

La relación sexual con penetración no es un requerimiento para la transmisión del VPH. Las infecciones orales y digitales por VPH ocurren, y existe evidencia de que el contacto digital-genital y genital-oral puede resultar en la transmisión del VPH, aunque en un porcentaje relativamente bajo. En un estudio entre estudiante universitarios en Seattle, USA, la incidencia acumulada de infecciones por VPH a los 2 años fue de 38,8% en aquellos que eran sexualmente activos al momento de enrolarse en el estudio. Entre aquellas estudiantes quienes permanecieron vírgenes, la incidencia acumulada de infección por VPH a los 2 años fue de 9,7% entre aquellas que reportaron relaciones sexuales no penetrativas, pero solo 1,3% entre aquellas que reportaron no haber tenido relaciones sexuales de cualquier otro tipo. (Nápole, 2009)

La infección por VPH también puede ser transmitida perinatalmente. En un estudio sobre infecciones por VPH orales y genitales en niños nacidos, tanto de

mujeres VPH-negativas como de VPH-positivas, se detectó ADN (Ácido Desoxirribonucleico) del VPH en 6% de los niños al nacer, 13% a las 6 semanas después del nacimiento y 9% entre los 3 a 24 meses de edad. Aproximadamente la mitad de las infecciones por VPH en niños fueron orales y la otra mitad fueron genitales. Curiosamente, la persistencia de la infección fue infrecuente en los recién nacidos: solo 1,4% tenían el mismo genotipo viral detectado en 2 o más ocasiones. De cualquier forma, la mayoría de estas infecciones parecen ser muy transitorias, y es improbable que tengan alguna consecuencia clínica adversa. Sin embargo, otro estudio reconoce que la transmisión vertical de la madre al feto es una vía frecuente de infección, de hecho, este estudio afirma que más del 80% de los neonatos nacidos de madres infectadas con VPH genital serán positivos a la determinación del ADN del VPH en la región naso-faríngea y mucosa oral. Otro estudio afirma que, a pesar de esta alta prevalencia de detección del ADN viral, la enfermedad clínica es poco frecuente. Por ejemplo, la transmisión perinatal del genotipo 6 y 11 del VPH puede conllevar a la aparición de papilomatosis respiratoria juvenil recurrente pero esta afección es rara, con una incidencia anual calculada de dos a cuatro casos por 100.000 niños. (Nápole, 2009)

4.3.6 Infección inicial por VPH y prevalencia de VPH en la población

La mayoría de las adolescentes y mujeres adultas se infectan por VPH varios años después de iniciar su actividad sexual. Un estudio prospectivo de estudiantes universitarias sexualmente activas encontró que dentro de los 12 meses de haber iniciado las relaciones sexuales, 30% se hizo VPH positiva; dentro de los 48 meses, 54% fueron VPH positivas. Otros estudios de seguimiento de adolescentes y mujeres jóvenes han encontrado que con pruebas repetidas y seguimiento a largo plazo, VPH es detectado en más de dos tercios en un periodo de varios años. (Márquez, 2014)

Mujeres con infecciones transitorias frecuentemente desarrollan anomalías citológicas mientras ocurra una replicación activa del VPH. Esto ocurre debido a que las infecciones productivas de VPH resultan en anomalías citológicas en las células epiteliales infectadas. (Márquez, 2014)

Células con esas características son encontradas en un tercio de las mujeres infectadas con VPH y resultan con el diagnóstico, bien sea, Lesión Intraepitelial de Bajo Grado (LIBG) o Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (CESI) (10). Si las pacientes son seguidas, las anomalías citológicas continuarán siendo detectadas por aproximadamente 1 a 2 años, pero a los 4 años, el riesgo de tener una citología cervical anormal es similar a aquellas mujeres de la población general. (Márquez, 2014)

La historia natural de la infección por VPH explica la prevalencia de la infección por VPH en mujeres en la población general. Debido a que la infección es transmitida por vía sexual y es usualmente transitoria, la prevalencia de estas infecciones es más frecuente y es mucho más alta entre aquellas mujeres sexualmente activas que se encuentran en su segunda década de la vida. Con el incremento de la edad, las mujeres tienden a tener menos nuevas parejas sexuales, y la prevalencia disminuye. Después de los 45 años de edad, las infecciones por VPH de alto riesgo tiende a estabilizarse, y menos del 5% de las mujeres en la población general son ADN-positivas para VPH de alto riesgo. La prevalencia de positividad cae a menos del 3% en mujeres con un resultado de citología cervical normal. (Martínez, 2014)

4.3.7 Infección persistente por VPH y el desarrollo de NIC 2,3

Solo cerca del 10% de las infecciones por VPH persisten por más de 3 años. La infección persistente de un tipo específico de VPH, disminuye la probabilidad de que una lesión sea aclarada espontáneamente y aumenta la probabilidad de que una lesión tipo NIC 2,3 o cáncer cervical se desarrolle. Infecciones por VPH detectadas al momento del pesquiasaje de cáncer cervical tienden a persistir más tiempo en mujeres mayores si se les compara con mujeres jóvenes. Esto puede ser debido al hecho de que las infecciones identificadas sean más probable que representen infecciones que ya han sido persistentes por muchos años, mientras que la infección en mujeres más jóvenes probablemente represente infecciones recientemente adquiridas. Aún no está establecida la definición de lo que constituye la importancia clínica de la persistencia, pero la mayoría de los protocolos de manejo

consideran que la persistencia por 12 meses sea clínicamente significativa y amerita un estudio colposcópico. (Torné, 2018)

Debido a que el ADN de VPH de alto riesgo es detectado en casi todas las lesiones tipo NIC 2,3 y cáncer cervical invasivo, está claro que la persistencia de la infección con un VPH de alto riesgo es un requerimiento para el desarrollo de esas lesiones. Datos recientes demuestran que el tiempo requerido para que una infección inicial por VPH progrese a lesiones tipo NIC 2,3 puede ser realmente corto. (Martínez, 2014)

En este modelo el VPH infecta las células basales en los sitios de micro trauma, probablemente como consecuencia normal de una relación sexual. Las células basales son inducidas a diferenciarse con el fin de rellenar la herida lo cual resulta en una infección activa del papilomavirus. (García, 2005) Unas pocas células basales pluripotenciales mantendrán al VPH en forma episomal pero sin diferenciarse, y estas células infectadas muy probablemente no serán muestreadas utilizando las técnicas exfoliativas comunes utilizadas en la mayoría de los estudios epidemiológicos, las cuales solo muestrean las células del epitelio superficial. De tal forma, que el VPH en una célula basal pluripotencial puede permanecer indetectable hasta que algún estímulo la induzca a diferenciarse tal como la reparación de una lesión o por una regulación hormonal. (Torné, 2018)

V.- Historia Natural de la Enfermedad del VPH.

Los virus del papiloma humano (VPH o HPV del inglés human papilomavirus) son un grupo diverso de virus ADN perteneciente a la familia de los Papillomaviridae. Como todos los virus de esta familia, los VPH sólo establecen infecciones productivas en el epitelio estratificado de la piel y mucosas de humanos, Se han identificado alrededor de 200 tipos diferentes de VPH, la mayoría de los cuales no causan ningún síntoma en la mayor parte de la gente. Algunos tipos de VPH pueden causar verrugas o condilomas, mientras otros pueden generar infecciones subclínicas, que pueden (en una minoría de casos) dar lugar a cáncer cervical, cáncer de vulva, vagina y ano en mujeres, o cáncer de ano y pene en hombres. La mayor parte de la gente infectada por VPH desconoce que lo está. Todos los VPH se transmiten por contacto piel a piel. (Martínez, 2014)

PERIODO PREPATOGÉNICO		PERIODO PATOGÉNICO			
<p>FACTOR DE RIESGO</p> <p>AGENTE: El VPH es un grupo de virus los cuales se han identificado más de 200 tipos, son transmitidos sexualmente que afectan los aparatos genitales.</p> <p>HUÉSPED: El humano se contagia por contacto sexual de piel a piel.</p> <p>MEDIO AMBIENTE: universal pero por lo general es sexual.</p>		<p>Inmunosupresión: quimioterapia.</p> <p>Crónico</p> <p>Estado</p> <p>Agudo</p> <p>Signos y síntomas específicos: verruga plantar en la boca y manos</p> <p>Signos y síntomas inespecíficos: verrugas</p> <p>Activación de los mecanismos de defensa.</p> <p>Complicaciones: la recidiva de las lesiones del tracto genital inferior.</p> <p>Alta hospitalaria: curación, traslado y voluntario.</p> <p>Recaídas frecuentes: contagio con una persona infectada.</p> <p>Muerte</p> <p>Incapacidad: dolor al orinar, no poder excretar.</p>			
Prevencción primaria 1 nivel		Prevencción secundaria 2 nivel		Prevencción terciaria 3 nivel	
Promoción a la salud.	Protección específica.	Diagnóstico temprano.	Tratamiento oportuno.	Limitación del daño.	Rehabilitación.
Es importante educar a la sociedad ante el riesgo latente de adquirir una infección sexual por VPH y otras infecciones de transmisión sexual.	Abstinencia, evitar la promiscuidad sexual, vacuna tetravalente y una nueva vacuna cuadrivalente	Detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. Es importante hacer la prueba de papanicolaou regularmente y la colposcopia.	Crioterapia con nitrógeno líquido o criosonda, podofilina, ácido tricloroacético, extirpación quirúrgicael electrocauterización, tratar a las parejas.	Evitar la promiscuidad sexual. Tener una sola pareja. Retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.	Sea curable. Detección a tiempo entre 6 o 8 meses. La vida después del VPH significa realizar una actividad física de forma habitual. Lograr y mantener un peso saludable, nutrición y complementos alimenticios.

VI.- Metodología

Para la aplicación de la metodología propia del proceso enfermero en este caso a una usuaria con virus de papiloma humano (VPH) es una de las enfermedades de transmisión sexual principalmente de mayor importancia ya que existe una alta prevalencia en mujeres y hombres jóvenes, debido al inicio de vida sexual a temprana edad sin protección por lo que consideró un problema de salud pública a nivel mundial que conlleva a múltiples consecuencias que puede ocasionar hasta la muerte.

Primeramente se identificó de proporcionar cuidados de enfermería, se solicitó autorización para aplicar el proceso de enfermería y contribuir en el mejoramiento de la salud y bienestar de la usuaria para el control de su actividad cotidiana. Se firmó el consentimiento informado, explicando el objetivo y beneficios de la interacción enfermero-paciente.

Para la implementación del proceso enfermero en un caso clínico de VPH, la valoración se realizó mediante la técnica de la entrevista y el examen físico, a través de consultas médicas. Se utilizó un cuestionario como instrumento para la recolección de datos, el cual se basa en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem que trata sobre los requisitos universales, de desarrollo y en caso de desviación de la salud, con la finalidad de identificar respuestas humanas alteradas y/o fortalezas existentes. A través de la recolección de datos, su documentación y clasificación se determinaron los problemas de salud reales o potenciales en los que se sustentaron las acciones de enfermería.

En la planeación y en la ejecución se establecieron las intervenciones de acuerdo a la priorización de los diagnósticos de enfermería. En la evaluación se analizó el logro de los resultados, tanto del estado de salud de la paciente, como de las intervenciones de enfermería.

Para identificar los diagnósticos de enfermería prioritarios reales o potenciales se potencializó el uso y manejo de la taxonomía diagnóstica aprobada y difundida por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería 2015-2017), NIC sexta edición 2014 clasificación de intervenciones de enfermería Y NOC quinta edición 2014 clasificación de resultados esperados.

Enseguida se establece el plan de cuidados de enfermería, con base en el establecimiento de resultados esperados y acciones encaminadas a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud, se relacionaron dichas acciones para alcanzar dichas acciones para alcanzar un nivel específico en el estado de salud y posteriormente reducir las posibles complicaciones que pudieran afectar a la usuaria. Lo anterior se realizó sin generar conflictos con la usuaria, familia y su tratamiento médico.

VII.- Caso clínico

Paciente B.C.B sexo femenino de 42 años de edad, residente de la Estrella, municipio de Pénjamo Guanajuato. Estado Civil: casada, religión: católica, Escolaridad: primaria, Ocupación: hogar.

Acude el día 2 de Octubre del 2015 a la unidad de salud a consulta médica a realizársele una citología cervical, el día 30 de octubre del 2015 fue entregado su estudio, Resultados de la Citología Cervical: Fecha de interpretación; 18-10-2015, a la exploración se observa Leucorrea, muestra pálida, numero citológico 67135, Diagnóstico infección de candidiasis, infección de tricomoniasis. Positivo a VPH.

Actualmente presenta:

Insomnio duerme 6 horas, con dificultad para conciliar el sueño debido al estrés y problemas económicos, habitualmente despierta cansada presenta este problema aproximadamente de 2 a 3 meses .refiere tomar té de 7 azares para conciliar el sueño, cuando se siente incómoda o con malestar se encuentra irritable.

Presenta dificultad para relacionarse con las personas, temor, en algunas ocasiones presenta cambios de estado de ánimo y se siente ansiosa, desesperada.

No acude a chequeos médicos. Fumó durante 4 años consumía 3 cigarrillos al día actualmente ya no lo hace.

Antecedentes heredofamiliares: abuela materna falleció por enfermedad de cáncer cervico uterino.

La paciente no se acepta por la enfermedad que presenta.

Menarca desde los 10 años, inicio su vida sexual a los 20 años y actualmente no utiliza ningún método de planificación familiar, no se había realizado la citología, es la primera vez en su vida, refiere que tuvo dos cesáreas.

Valoración con el referente teórico de Dorothea E. Orem

Factores condicionantes básicos:

Sexo: Femenino

Edad: 42 años

Edo. Civil: casada

Religión: católica

Escolaridad: primaria

Ocupación: hogar

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: esposo

Dependencia económica: esposo e hijos

Condiciones del hogar: buenas

Requisitos de autocuidado universales:

a). Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC 80 x' T/A 120/80 mmhg FR 20 x' SpO2 90%

b). Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

Consume 2 litros de agua por día

c). Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.Peso: 75 kg. Talla: 1.62 mts. IMC: 28.6 Kg/m² Niveles de glucosa 94 mg/dl y 86 cm. de cintura.

Alimentos que le agradan: yogurt, caldos, verdura, fruta, pan, tortillas, carne, huevo, sopa de arroz, frijoles, lentejas, cereal con leche, avena.

Dieta habitual:

Desayuno	Comida	Cena
yogurt con manzana, agua	caldo de verdura, 4 tortillas	cereal con leche
1 vaso de leche con pan frijoles con queso, 2 tortillas	caldo de res, agua de guayaba 1 plato de lentejas, 1 vaso de agua	1 taza de avena yogurt con cereal
jamón con huevo, avena	sopa de arroz, 5 tortillas, agua	pan con atole

d). Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción: evacúa de dos a tres veces por día, las heces son

normales, cilíndricas, solidas de color café claro. Orina color amarillo pálido de 3 a 4 veces por día, sin molestias.

e). Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. Su vida es totalmente activa asiste a bailes de zumba 1 hora diaria, le gusta hacer ejercicio.

Duerme 6 horas, con dificultad para conciliar el sueño debido al estrés y problemas económicos, habitualmente despierta cansada presenta este problema aproximadamente de 2 a 3 meses .refiere tomar té de 7 azares para conciliar el sueño.

f). Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

No presenta dificultad para relacionarse con las personas, en algunas ocasiones presenta cambios de estado de ánimo, sabe expresar sus deseos y opiniones, recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas, participa en actividades recreativas.

g). Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

No acude a chequeos médicos, realiza medidas de prevención de accidentes como: caídas, quemaduras e intoxicación. Fumó durante 4 años consumía 3 cigarrillos al día .actualmente ya no lo hace.

Antecedentes heredofamiliares: abuela materna falleció por enfermedad de cáncer cervico uterino.

h). Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

La paciente no se acepta por la enfermedad que presenta.

Requisitos de autocuidado de desarrollo:

a). Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo

Etapa de desarrollo:

Rol (es): madre de una hija de 15 años y un hijo de 9 años

Salud sexual: inicio su vida sexual a los 20 años actualmente no utiliza ningún método de planificación familiar.

Historia gineco- obstétrica: menarca desde los 10 años, inicio su vida sexual a los 20 años y actualmente no utiliza ningún método de planificación familiar, no se había realizado la citología, es la primera vez en su vida, refiere que tuvo dos cesáreas.

Requisitos de desviación de la salud:

Por lo regular no realiza chequeos generales de salud.

VIII.- Consideraciones Éticas

Los aspectos legales en materia de investigación son de gran importancia para que el profesional del área de la salud, en este caso los enfermeros realicen investigación con la finalidad de innovar procedimientos o mejorar, con el único objetivo primordial que es el cuidado hacia los pacientes.

La principal ley que se tiene que conocer es la ley general de salud promulgada el día 9 de julio de 1977 y su actualización fue en el 2002, que actualmente sigue vigente.

Reglamento de la Ley General de Salud En Materia De Investigación Para la Salud.

Artículo 1º: Este ordenamiento tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud en lo referente a la investigación para la salud en los sectores públicos, social y privado. Es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2º: para los fines de este reglamento, cuando se haga mención a la

“Ley” a la “secretaría” y a la “investigación” se entenderá referida a la Ley General de Salud, a la secretaría de salud y a la investigación para la salud, respectivamente.

Artículo 3º: La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

II.- al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

III.- A la prevención y control de los problemas de salud.

IV.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y VI.- A la producción de insumos para la salud. (Guillermo Soberon Acebedo, 1986)

Así como también es importante que el paciente que se le quiere realizar, se le haga llegar un consentimiento informado y este a su vez esté firmado.

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

El consentimiento informado consta de dos partes:

A).- Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

B).- Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir. (centro de conocimiento bioético, 2015).

IX.- Aplicación del proceso enfermería

9.1.- Valoración con el referente teórico de Dorothea E. Orem requisitos del autocuidado.

FACTOR	VALORACION
Edad	42
Sexo	Femenina
Estado de Desarrollo	Adulto joven
Estado de salud	Virus de Papiloma Humano
Orientación sociocultural	Dudaba que la enfermedad existía, ya que no tiene continuamente revisiones médicas, cuenta con nivel socioeconómico bajo.
Factores del sistema de cuidados de salud	Percibe que el estado de su salud es inadecuada, ya que sabe que el tratamiento específico tiene que llevarlo tal como lo indique el médico, para tratar la enfermedad, está consciente y acudió a la institución de salud que le brinda apoyo.
Factores de sistema familiar	El rol que desempeña en su familia es la madre; ella actúa como agente de autocuidado ya que tuvo que mantener precauciones con su familia.
Patrón de vida	Actualmente no tiene otra enfermedad crónica, no fuma ni toma alcohol, considera que tiene buena alimentación, su peso está en los límites normales, y realiza actividades que la distraigan ir a zumba, refiere que se la pasa, acompaña a sus hijos a actividades y con su familia en tiempos libres.
Factores ambientales	Actualmente en el mundo estamos en un problema de salud pública, donde existen virus, bacterias que afectan nuestra inmunidad, la inminencia de contagio es cada vez mayor, en este caso se trata de infecciones de transmisión sexual donde se contagia por contacto en pareja, es por esa razón importante que debemos tomar medidas de protección.

Disponibilidad y adecuación de los recursos	Su visita a la unidad de salud la llevaba a cabo por las medidas recomendadas de la institución ya son gratuitas las consultas y pruebas correspondientes tanto en hombres, mujeres, niños (as), sin embargo, ante la desconfianza no aprovechan sus recursos económicos son suficientes para sobrellevar sus necesidades de salud.
---	---

Cuadro de clasificación de datos

Datos significativos	Análisis deductivo de la teoría	Análisis deductivo de clasificación por taxonomía Dominio/clase
	<p style="text-align: center;">REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES</p> <p>(Alterados) por las respuestas humanas</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 20 respiraciones por min. • SpO2 90% • 80 latidos por minuto. 	<p>1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.</p>	<p>DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio</p> <p>CLASE: 4 Función respiratoria</p>
<p>Dieta normal sin problemas al ingerir. Peso: 75 kg.</p> <p>Talla: 1.62 mts.</p> <p>IMC: 28.6 Kg/m²</p> <p>Nivel de glucosa 94 mg/dl</p> <p>86 cm. de cintura</p> <p>2Lts. De agua diarios</p>	<p>2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.</p>	<p>DOMINIO: 5 Percepción/Cognición</p> <p>CLASE:3 Sensación/Percepción.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Evacuaciones 2 o 3 veces al día sin molestias. 	4.- Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación.	DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio CLASE: 2 Función gastrointestinal
<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio 	5.- Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo.	DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 1 Sueño/reposo
<ul style="list-style-type: none"> • Infección de transmisión sexual VPH. 	6.- Identidad sexual, función sexual y reproducción.	DOMINIO: 8 Sexualidad Clase: 2 función sexual Patrón sexual ineficaz
<ul style="list-style-type: none"> • Infección por virus de papiloma humano 	7.- Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.	DOMINIO: 11 Seguridad protección CLASE: 1 Riesgo de Infección
<ul style="list-style-type: none"> • angustia, • desesperación • cansancio • Culpa • Irritabilidad 	8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano a ser normal	DOMINIO: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento Impotencia
	REQUISITOS DE DESARROLLO	
<ul style="list-style-type: none"> • Los requisitos de desarrollo tiene que realizar las Indicaciones médicas para evitar que pueda complicarse la situación todo dependerá de su 	1.- Crear y Mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo.	DOMINIO: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento Ansiedad

tratamiento para la recuperación.		
<ul style="list-style-type: none"> Fatiga, dolor, inmunidad, infección VPH 	7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	DOMINIO: 12 Confort Clase: 1 confort físico Dolor crónico
	REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACION DE LA SALUD	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Siente Culpabilidad y coraje por haberse contagiado. 	5.- Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse como ser humano con un estado de salud particular y necesidad de formas específicas de cuidados de salud.	DOMINIO:6 Auto percepción CLASE: 2 Autoestima

X.- Diagnósticos

Enseguida se presentan los principales diagnósticos reales y de riesgo definidos y seleccionados con base a las demandas de cuidado por parte de la agencia de autocuidado.

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
<p>CODIGO: 00004 Diagnóstico 1: Riesgo de infección Definición: vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud. Factores relacionados/condición asociada: Inmunosupresión.</p>			
Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
<p>Domino: 11 seguridad/protección</p> <p>Clase: 1 Infección</p>	<p>CRITERIOS DE RESULTADO: (1902) Control del riesgo.</p> <p>INDICADORES:</p> <p>1. (190220) Identifica los factores de riesgo. 2. (190201) Reconoce los factores de riesgo personales. 3. (190216) Reconoce los cambios en el estado general de salud. 4.- (190203) Controla los factores de riesgo personales.</p>	<p>(6540) Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar las condiciones sanitarias. ✓ Monitorizar los factores ambientales que influyen en la transmisión de enfermedades. ✓ Promover el acceso a una educación sanitaria adecuada relacionada con prevención y al tratamiento de enfermedades transmisibles y a la prevención de su recidiva. 	<p>CRITERIOS DE RESULTADO: (1902) Control del riesgo.</p> <p>INDICADORES:</p> <p>1. (190220) Identifica los factores de riesgo. 2. (190221) Reconoce los factores de riesgo personales. 3. (190219) Reconoce los cambios en el estado general de salud. 4.- (190203) Controla los factores de riesgo personales.</p>

	<p>Puntuación Diana:</p> <p>1.-Raramente demostrado: 2 2.-Raramente Demostrado: 2 3.-A veces demostrado:3 4.-A veces demostrado:3</p> <p>Mantener a: 10</p>	<p>(6550) Protección contra infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. ✓ Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. ✓ Fomentar una ingesta nutricional suficiente. Fomentar la ingesta adecuada de líquidos. Fomentar el descanso. ✓ Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar. ✓ Fomentar un aumento de la movilidad y la realización de ejercicio, según corresponda. <p>(6480) Manejo Ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crear un ambiente seguro para el paciente. ✓ Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, 	<p>Puntuación Diana</p> <p>1.-A veces demostrado:3 2.- A veces demostrado:3 3.-siempre demostrado:4 4.- A veces demostrado:3</p> <p>Aumentar a: 13</p>
--	--	---	---

		<p>cognitiva y el historial de conducta.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.✓ Proporcionar una habitación individual, si está indicado.✓ Proporcionar a la familia información sobre la composición de un ambiente hogareño y seguro para el paciente. <p>(6530) Manejo de la inmunización</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Suministrar información escrita acerca de la inmunización preparada por los Centros para el control y la prevención de enfermedades.✓ Proporcionar una cartilla de vacunación para registrar fecha y tipo de las inmunizaciones administradas.✓ Anotar los antecedentes médicos y de alergias del paciente.	
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">✓ Seguir las cinco reglas de la administración correcta del paciente.✓ Observar al paciente durante un periodo determinado después de la administración de la medicación. <p>(6610) Identificación de riesgos</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.✓ Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.✓ Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.✓ Considerar los criterios útiles para priorizar las	
--	--	--	--

		<p>áreas de reducción de riesgos.</p> <p>✓ Aplicar las actividades de reducción de reducción de riesgos.</p>	
--	--	--	--

DIAGNOSTICOS

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
CODIGO: 00125 Diagnóstico; Impotencia Definición: Experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado. Factores relacionados/condición asociada. Ansiedad, estrategias de afrontamiento ineficaces, interacciones interpersonales insuficientes, Características definitorias. Dependencia, frustración por la incapacidad para realizar actividades previas, sentido de control insuficiente.			
Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
DOMINIO:9 Afrontamiento/tolerancia al estrés. CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento	CRITERIOS DE RESULTADO: (3014) Satisfacción del paciente/usuario. INDICADORES: 1.- (30141) Ayuda para lograr cuidados personales. 2.- (30141) Ayuda para afrontar problemas emocionales). 3.- (30141) Alivio de los síntomas de la enfermedad.	(5250). Apoyo en la toma de decisiones. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. ✓ Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso. ✓ Respetar el derecho del paciente a recibir o no información. ✓ Facilitar al paciente la articulación de los 	CRITERIOS DE RESULTADO: (3014) Satisfacción del paciente/usuario. INDICADORES: 1.- (30141) Ayuda para lograr cuidados personales. 2.- (30141) Ayuda para afrontar problemas emocionales). 3.- (30141) Alivio de los síntomas de la enfermedad. 4.- (30142) Cuidados para prevenir daños o lesión).

	<p>4.-(30142) Cuidados para prevenir daños o lesión).</p> <p>Puntuación Diana</p> <p>1.- No del todo satisfecho: 1 2.- Algo satisfecho: 2 3.- Moderadamente satisfecho:3 4.-algo satisfecho: 2</p> <p>Mantener a: 8</p>	<p>objetivos de los cuidados.</p> <p>(5330) Control en el estado de ánimo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar al paciente a anticiparse y afrontar los cambios de vida (nuevo trabajo, baja laboral, grupo de nuevos amigos). ✓ Proporcionar orientación acerca del desarrollo y mantenimiento de sistemas de apoyo (familia, amigos, recursos espirituales, grupos de apoyo y asesoramiento). ✓ Animar al paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros. ✓ Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de animo (escala de clasificación del 1 al 10 y llevar un diario). 	<p>Puntuación Diana</p> <p>1.- Muy satisfecho: 4 2.- Muy satisfecho:4 3.- Completamente satisfecho: 5 4.- Completamente satisfecho:5</p> <p>Aumentar a: 18</p>
--	---	---	---

		<p>(5395) Mejora de la autoconfianza.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Explorar la percepción del individuo de los beneficios de ejecutar la conducta deseada.✓ Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.✓ Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad (ej. Juegos, enseñanza asistida por ordenador o mapas de conversación.✓ Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta. <p>(1500) Ayuda con el autocuidado.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Comprobar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none">✓ Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.✓ Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.✓ Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.	
--	--	---	--

DIAGNOSTICOS

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
<p>CODIGO: 00065 Diagnóstico 3: patrón sexual ineficaz Definición: expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad. Factores relacionados/condición asociada. Temor a las infecciones de transmisión sexual, ausencia de intimidad. Características definitorias. Alteración en la conducta sexual, cambio en el rol sexual, dificultad con la actividad sexual.</p>			
Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones Actividades	Evaluación
<p>Domino: 8 Sexualidad Clase: 2 función sexual</p>	<p>CRITERIOS DE RESULTADOS: (1905) Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>INDICADORES:</p> <p>1.- (190520) identifica los factores de riesgo de enfermedades de transmisión sexual. 2.- (190501) reconoce los factores de riesgo personales de enfermedades de transmisión sexual. 3.- (190502) reconoce las consecuencias</p>	<p>(5248) Asesoramiento sexual.</p> <p>✓ Explicar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante en la vida y que las enfermedades y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.</p>	<p>CRITERIOS DE RESULTADOS: (1905) Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>INDICADORES:</p> <p>1.- (190520) identifica los factores de riesgo de enfermedades de transmisión sexual. 2.- (190501) reconoce los factores de riesgo personales de enfermedades de transmisión sexual. 3.- (190502) reconoce las consecuencias asociadas a enfermedades de transmisión sexual. 4.- (190511) Reconoce los signos y síntomas de enfermedades de transmisión sexual.</p>

	<p>asociadas a enfermedades de transmisión sexual. 4.- (190511) Reconoce los signos y síntomas de enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>Puntuación Diana 1.-Nunca demostrado:1 2.-Raramente demostrado: 2 3.- a veces demostrado:3 4.-Frecuentemente demostrado: 4</p> <p>Mantener a: 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comentar el efecto de la salud y la enfermedad sobre la sexualidad. ✓ Determinar la cantidad de culpa sexual asociada con la percepción del paciente de los factores causales de la enfermedad. ✓ Utilizar el humor y animar al paciente a utilizarlo para aliviar la ansiedad o la vergüenza, teniendo cuidado de usar un humor adecuado a la situación, con delicadeza y con respeto por las creencias y trasfondo cultural del paciente. <p>(5622)Enseñanza: relaciones sexuales seguras.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Animar a los pacientes a 	<p>Puntuación Diana</p> <p>1.- A veces demostrado:3 2.- Frecuentemente demostrado:4 3.- A veces demostrado:3 4- Siempre demostrado:5</p> <p>Aumentar a: 15</p>
--	--	--	---

		<p>realizarse exploraciones de rutina y a notificar los signos y síntomas de ETS a un profesional sanitario.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Comentar con el paciente la importancia de indicar a la pareja sexual cuando se le diagnostica una ETS.✓ Instruir a los pacientes sobre los factores que aumentan el riesgo de ETS (p. ej. relaciones sexuales sin protección, aumenta de la superficie mucosa genital, aumento del numero de contactos sexuales, presencia de úlceras genitales, enfermedad avanzada y relaciones sexuales	
--	--	--	--

		<p>durante la menstruación).</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Comentar los métodos de protección para las relaciones sexuales y sexo oral (p. ej. Sin medicación, de barrera, vacunación, dispositivo intrauterino hormonal, abstinencia y la esterilización) incluyendo la eficacia, los efectos secundarios, contraindicaciones y los signos y síntomas que justifiquen la notificación a un profesional sanitario. <p>(5230) Mejorar el afrontamiento.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Valorar la comprensión del paciente del	
--	--	--	--

		<p>proceso de enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes a los sentimientos de culpa y vergüenza.✓ Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.✓ Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones, miedos. <p>(5820) Disminuir la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.	
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">✓ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.✓ Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.✓ Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.	
--	--	---	--

DIAGNOSTICOS

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
<p>CODIGO: 00133 Diagnóstico 4: dolor crónico Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain): inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a tres meses. Factores relacionados/condición asociada: fatiga, patrón de sexualidad ineficaz, trastorno inmunitario Características definitorias. Expresión facial de dolor (p. ej. Ojos sin brillo, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas), alteración en la habilidad para continuar con las actividades previas.</p>			
Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
<p>Domino: 12 confort</p> <p>Clase: 1 confort físico</p>	<p>CRITERIOS DE RESULTADOS: (1605) Controlar el dolor.</p> <p style="text-align: center;">INDICADORES:</p> <p>1.- (160502) Reconoce el comienzo del dolor. 2.- (160501) Reconoce los factores causales. 3.- (160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.</p>	<p>(2380) Manejo de la medicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obtener la orden médica para la automedicación del paciente, si procede. ✓ Revisar periódicamente con el paciente y/o la familia los tipos y dosis de medicamentos tomados. ✓ Observar si producen efectos adversos derivados de los fármacos. 	<p>CRITERIOS DE RESULTADOS: (1605) Controlar el dolor.</p> <p style="text-align: center;">INDICADORES:</p> <p>1.- (160502) Reconoce el comienzo del dolor. 2.- (160501) Reconoce los factores causales. 3.- (160513) Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario. 4.- (160509) Reconoce síntomas asociados al dolor.</p>

	<p>4.- (160509) Reconoce síntomas asociados al dolor.</p> <p>Puntuación Diana: 1.- Raramente demostrado: 2 2.- A veces demostrado: 3 3.- nunca demostrado:1 4.- a veces demostrado:3</p> <p>Mantener a: 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar al paciente y familiares a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos, según corresponda. <p>(2210) Administración de analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprobar el historial de alergias a medicamentos. ✓ Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. ✓ Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno. ✓ Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia. ✓ Evaluar la eficacia del analgésico a 	<p>Puntuación Diana:</p> <p>1.- A veces demostrado:3 2.- Frecuentemente demostrado:4 3.- Siempre demostrado:5 4.- A veces demostrado:3</p> <p>Aumentar a: 15</p>
--	--	---	---

		<p>intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).</p> <p>(6680) Monitorización de signos vitales.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.✓ Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.✓ Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.	
--	--	---	--

		✓ Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de datos del paciente.	
--	--	---	--

DIAGNOSTICOS

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA			
CODIGO: 00146 Diagnóstico 5: Ansiedad Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. Factores relacionados/condición asociada: factores estresantes, grandes cambios (p. ej. Estatus económico, entorno, estado de salud, rol, consideración social del rol). Características definitorias. Angustia, irritabilidad, Temor, Inquietud, cambios en el patrón del sueño, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales, sufrimiento.			
Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación
Domino: 9 Afrontamiento/ tolerancia Clase: 2 Respuestas de afrontamiento	CRITERIOS DE RESULTADOS: (1402) Autocontrol de la ansiedad. INDICADORES: 1.(140205) Planea estrategias para superar situaciones estresantes. 2. 140207) Utiliza técnicas de relajación para	(5820) Disminución de la ansiedad. 1. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. 2. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.	CRITERIOS DE RESULTADOS: (1402) Autocontrol de la ansiedad. INDICADORES: 1.(140205) Planea estrategias para superar situaciones estresantes. 2. 140207) Utiliza técnicas de relajación para disminuir la ansiedad. 3.(140214) Refiere dormir de forma adecuada. 4.(140217) Controla la respuesta de ansiedad.

	<p>disminuir la ansiedad.</p> <p>3.(140214) Refiere dormir de forma adecuada.</p> <p>4.(140217) Controla la respuesta de ansiedad.</p> <p>Puntuación Diana</p> <p>1.- Nunca demostrado:1</p> <p>2.- Raramente demostrado: 2</p> <p>3.- Nunca demostrado:1</p> <p>4.- A veces demostrado:3</p> <p>Mantener a: 7</p>	<p>3. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.</p> <p>4. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</p> <p>(4400) Musicoterapia.</p> <p>1.Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, Concentración, disminución del dolor).</p> <p>2.- informar al individuo por adoptar del propósito de la experiencia musical.</p> <p>3.- facilitar la participación activa del individuo (tocar un instrumento, o cantar), si lo desea y es factible dentro de la situación.</p>	<p>Puntuación Diana</p> <p>1.- A veces demostrado: 3</p> <p>2.- Frecuentemente demostrado: 4</p> <p>3.- Raramente demostrado:2</p> <p>4.- Siempre demostrado: 5</p> <p>Aumentar a: 11</p>
--	---	--	---

		<p>4.- determinar el interés del individuo por la música.</p> <p>(5230) Mejorar el afrontamiento.</p> <p>1.- valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad.</p> <p>2.- ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.</p> <p>3.- ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.</p> <p>4.- Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.</p> <p>5.- animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.</p>	
--	--	--	--

		<p>(5270) Apoyo emocional.</p> <p>1.- ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.</p> <p>2.- animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</p> <p>3.- permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</p> <p>4.-proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</p>	
--	--	--	--

XI.- Conclusiones

La importancia de este tema recae en que el Virus del Papiloma Humano (VPH) es el agente causal de varios tipos de cánceres y entre ellos los del cuello uterino en mujeres. Se realiza por tanto una actualización de la infección producida por el mismo que incluye la biología, epidemiología, detección, pruebas de diagnóstico, tratamiento y consecuencias, prevención así como los problemas sociales que de todo ello deriva para la mujer.

Asimismo con esta teoría ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas, como personas que están tomando decisiones sobre su salud y personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud.

En las mujeres, el problema de las ITS va en aumento debido a la vulnerabilidad de sus características biológicas y sociales. Por lo tanto, el control de tales patologías en esta población requiere el desarrollo de estrategias para la prevención primaria (uso del condón) y secundaria (diagnóstico y tratamiento), la valoración de la auto-evaluación, la identificación de situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad, el estímulo a la promoción de la salud y la adopción de las medidas preventivas.

La alta incidencia de infección por VPH está asociada al inicio precoz de la actividad sexual, mayor frecuencia de actividad sexual en la etapa de adolescentes y adultos jóvenes, y mayor número de parejas sexuales. Por consecuencia es el causante de diversos cánceres del sistema genitourinario y se han convertido en una fuente significativa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo.

A pesar de que el sector salud se ha encargado de difundir gran parte de la información relacionada con las ITS y el VPH por todo el mundo; desde su etiología, prevención y sus mecanismos de transmisión; las incidencias de morbilidad y mortalidad a causa de estas infecciones siguen siendo alarmantes; lo que supone que aún existe desconocimiento en la población afectada tanto hombre como mujer.

XII.- Sugerencias

- ❖ Formar unos grupos de enfoque que permitan reunir a cada una de las mujeres portadoras del VPH para que de este modo su experiencia sea escuchada por otras mujeres y a la misma vez ellas puedan compartir dicha experiencia.

- ❖ Referir a la mujer con diagnóstico confirmado de VPH con un psicólogo, profesional de la salud mental especializado que les brinde el apoyo requerido.

- ❖ Gestionar en la Facultad de Enfermería y otras Escuelas capacitación mediante charlas programadas en grupos vulnerables de mujeres con inquietudes sobre la práctica de su sexualidad y que a la vez les permita identificar situaciones de riesgo.

- ❖ Generar brigadas por parte de la Secretaria de Salud para que profesionales de la Salud visiten las zonas rurales y se difunda la información relacionada con enfermedades de transmisión sexual particularmente VPH.

- ❖ Gestionar un curso para el profesional de enfermería con temática de manejo de emociones y sentimientos, esto con la finalidad desarrollar habilidades que les permitan establecer intervenciones con calidad y calidez frente al diagnóstico, la capacitación servirá para un manejo efectivo de las respuestas humanas a la par de reconocer mujeres que manifiesten características de desvalorización, baja autoestima, déficit en la toma de decisiones para con esto establecer medidas de apoyo.

XIII.- Referencias bibliográficas

Bibliografía

- Bauta, D. (ene.-mar de 2018). Obtenido de *Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes*:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100017
- Burns, N. (2012.). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Obtenido de
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/article/download/1215/4548?inline=1>
- Bustamante-Ramos, G. M. (Octubre- Diciembre de 2015). *Conocimiento y prácticas de prevención sobre el virus del papiloma humano (VPH) en universitarios de la Sierra Sur, Oaxaca*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832015000500007&script=sci_arttext&tlng=pt
- Calabres, D. M. (SEP de 2009). *Conocimiento sobre el virus del papiloma humano en estudiantes de enfermería*. Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300006
- CASTRO-VASQUEZ, M. d.-A.-G. (2010). *Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ*. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000300004&script=sci_abstract&tlng=pt
- ciencias medicasde pinar del rio. (dic de 2009). *Virus del Papiloma humano*. Obtenido de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400019
- Col, K. y. (2018). *Antecedentes Historicos de Enfermeria*. Obtenido de
<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/2972/Capitulo1.pdf>
- García, G. (abril de 2005). *Infección por Papillomavirus en el hombre. Estado actual*. Obtenido de
<https://scielo.isciii.es/pdf/aue/v29n4/original4.pdf>
- Gonzalez, M. (2012). *Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5417719>
- Grove, B. y. (2012). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Obtenido de
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/article/download/1215/4548?inline=1>
- Guerrero, M. (nov-dic de 2018). *Lesiones por virus del papiloma humano en pacientes urológicos*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-40852018000600463&script=sci_arttext_plus&tlng=es

- Hernández, N. (set.-dic de 2017). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*.
Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Humanos, C. N. (2013). *NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*. Obtenido de <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR41.pdf>
- Kozier. (2017). *Antecedentes Historicos de Enfermeria*. Obtenido de <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/2972/Capitulo1.pdf>
- kozier. (2017). *fundamentos de enfermeria*. Obtenido de <https://baixardoc.com/documents/fundamentos-de-enfermeria-kozier-erb-9na-edician-5ce5b17bbd5aa>
- Lizano-Soberón, M. (2009). *Infección por virus del Papiloma Humano: Epidemiología, Historia*.
Obtenido de <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1272302572.pdf>
- Márquez, C. I. (2014). *Conocimientos sobre virus del papiloma humano (VPH) y aceptación de auto-toma vaginal en mujeres mexicanas*. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rsap/2014.v16n5/697-708/es/>
- Marriner. (2013). *Fundamentos de enfermeria*. Obtenido de <https://baixardoc.com/documents/fundamentos-de-enfermeria-kozier-erb-9na-edician-5ce5b17bbd5aa>
- Martínez, G. G. (MARZO de 2014). *Historia natural de la infección por el virus del papiloma humano: una actualización*. Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332014000100009
- Martínez, G. G. (marzo de 2014). *Historia natural de la infección por el virus del papiloma humano: una actualización*. Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332014000100009
- Medina. (nov./dic. de 2018). *Principales conductas de riesgo sobre Papilomavirus Humano en universitarios argentinos*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852018000600005
- Mendoza. (2015). *Etapas del PAE*. Obtenido de <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/etapas.html>
- NANDA. (2015-2017). *Diagnósticos enfermeros*.

- Nápole, M. S. (enero-marzo de 2009). *Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000100007
- Naranjo, C. R. (2017). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- NIC. (2014). *Clasificación de Intevenciones de enfermería sexta edición* .
- NOC. (2014). *Clasificación de resultados esperados de enfermería quinta edición* .
- Ortunio, M. (JUN de 2014). *Conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano en estudiantes de Citotecnología de una Universidad Nacional*. Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932014000100002
- RAMIREZ. (NUEVA EDICION). MANUAL DE ENFERMERIA.
- Reina. (2010). *EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
- Reyes, R. y. (2015). Obtenido de <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/historia.html>
- Rosales. (sep de 2015). *Antecedentes historicos del PAE*. Obtenido de <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/historia.html>
- Rosales, S. (2004). *fundamentos de enfermeria 3 edicion*. Obtenido de <https://books.google.com.mx/books?id=Yw7WCQAAQBAJ&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>
- Tejeda, D., Velasco, M. S., & Nieto, F. G.-P. (2007). *Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH)*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352007000200002
- Torné, L. M.-T.-A. (2018). *HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION POR VPH*. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Luis-Puig-Tintore/publication/282735530_Historia_Natural_de_la_Infeccion_por_VPH_De_la_infeccion_por_VPH_al_cancer_de_cervix/links/561afb3408aea8036722b94e/Historia-Natural-de-la-Infeccion-por-VPH-De-la-infeccion-por-V
- Toro-Montoya, A. I. (Abril-Junio de 2022). *Virus del papiloma humano (VPH) y cáncer*. Obtenido de <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/431>
- TRIVINO V, Z. G.-S. (2005). *Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100003&script=sci_abstract&tlng=en

XIV.- Anexos 14.1 consentimiento informado

ANEXOS

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Beatriz Castro Becerra doy mi consentimiento para participar en la aplicación de la metodología de intervención de enfermería (proceso de enfermería) que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, para planear y proporcionar cuidados de enfermería integrales que beneficiarán mi estado de salud, fundamentado en la Teoría General del déficit de autocuidado, de Dorothea E. Orem. Asimismo para estructurar un trabajo académico con fines de titulación, para obtener el grado de Licenciada en Enfermería.

He sido informada con claridad de los objetivos de la metodología de intervención y de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades.

Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento y con pleno estado de mis facultades mentales. Sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterada de quien es la responsable de la aplicación del proceso de Enfermería, doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

Beatriz Castro Becerra Nombre del usuario

Nancy Karina Medina Mtz. Pasante de Licenciatura en Enfermería

LE. Lidia Muñoz Durán
Testigo

PENJAMO, GUANAJUATO, 13 DE Noviembre 2017.

14.2 Razonamiento diagnóstico

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de enfermería

Guía de valoración (Dorothea Elizabeth Orem) factores condicionantes básicos

Descripción de la persona

Fecha de nacimiento: 25-09-74 nombre: C.B.B sexo: masc. () Fem. (x) edad 42
años religión católica edo. Civil: casada, escolaridad primaria , Lugar de
residencia: la Estrella domicilio actual (calle, número, colonia): San Nicolás #25 la
estrella, municipio de Pénjamo Guanajuato.

Características de la vivienda:

renta _____ propia (x) otros _____

Material de construcción

adobe _____ ladrillo (x) otros _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua potable (x) luz eléctrica (x) drenaje (x) pavimento (x)

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alambrado público (x) recolección de basura (x) drenaje y alambrado (x)

Rol que ocupa la familia:

Padre () madre (x) hijo () esposa/o (x)

Cuantos hijos tiene: 0 () 1 () 2 (x) más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buena () regular (x) mala ()

Nivel de educación:

Analfabética () primaria (x) secundaria () bachillerato () licenciatura () otros

Ocupación: se dedica al hogar. acude diariamente a un grupo de zumba para ejercitarse y mantener un peso adecuado.

Ingreso económico familiar:

Menos de 1s.m. () 1-2 s. m. (x) más de 3 s. m. ()

Dependencia económica: si (x) no () de quien: padres () esposo/a (x)

otros _____

patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales () culturales () deportivas () religiosas (x) otras

¿Qué hace usted para cuidar su salud? Ejercicio y bailar zumba

estado de sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () regular (x) deficiente ()

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () salubridad () particular () otros(x) seguro popular

Diagnostico medico: virus de papiloma humano

Estado de salud: grave () delicado (x) estable ()

estado de desarrollo:

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico? Si (x)

no ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones? la falta de conocimientos y de información

¿Quién autoriza su tratamiento médico? el médico

II. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria 20 x' llenado capilar normal

cianosis _____ si () no (x) especifique _____

Tabaquismo: si () no (x) especifique: _____

¿Cocino con leña? Si (x) no () ¿cuánto tiempo? _____

Alergias: si () no (x) especifique: _____

Tipo de respiración: normal (x) disnea () bradipnea () taquipnea () polipnea

() otros: ___

Nariz:

Desviación de tabique () pólipos () secreciones () dolor () edema () otros

(x) normal

Tórax:

Tonel () en quilla () en embudo () otros: normal

Ruidos respiratorios: estertores () sibilancias () murmullos vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar: si () no (x)

especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: 120/80 FC: 20x' soplos () arritmias ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Especifique:

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema de la mucosa oral.

si () no (x) especifique: lengua en tónica estomatitis () xerostomía () tumor oral () leucoplaquia () edema () lesión oral () drenaje purulento () gingivorragia () ulceraciones ()

otros _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

Peristaltismo: ausencia () disminuido () aumentado ()

Normal (x) distensión abdominal () otros:

Presenta algún problema de alimentación: si () no (x)

Cual: acidez () náusea () vómito () hematemesis () disfagia () pirosis () reflujo () polidipsia () polifagia () bulimia () anorexia () sialorrea () saciedad () eructos ()

Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse: si () no (x)

especifique: _____

Tipo de nutrición:

Sonda nasogastrica () sonda nasoyeyunal () gastroclisis () nutrición parenteral ()

Que tan frecuente usted come:

1=cada día 2= una vez a la semana 3= una vez al mes 4= nunca

alimento/ frecuencia	1	2	3	4
Leche	X			
Deriv. de la leche	X			
carnes			X	
Cereales	X			
verduras		X		
Frutas	X			
Huevos		X		
Pescado		X		
pastas y harina		X		

¿Con que guisa los alimentos?

Aceite (x) manteca () otros: _____

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones (x) diabética () hiposódica () hipoproteica () otros: normal

provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excrementos.

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de: estoma intestinal: colostomía () ileostomía () hemorroides ()

pólipo rectal () rectorragia () otros _____

Alteración vascular: tenesmo () pujo () cólico () otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal: movilización () medicación ()

Higiene () otros _____

Evacuación intestinal: espontánea (x) estreñimiento () diarrea () otros:

Características de las Heces fecales:

Café (x) acolia () melena () otros: _____

Consistencia de las heces fecales: pastosa () semipastosas () líquida ()
semilíquida () dura () sólida (x)

Grupo de eliminación intestinal

Presencia de: incontinencia () retención urinaria () tenesmo () disuria ()
alteraciones útero-vesicales _____

Alteraciones en la micción: polaquiuria () oliguria () anuria ()

Alteraciones para la evacuación vesical: movilización () cateterismo vesical ()
higiene () otros: _____

Características de la micción: ámbar () coluria () hematuria () turbia () otros:
amarillo concentrado.

Grupo de respiración:

Cambio en los patrones normales de sudoración

Disminuida () ausente () aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal 36°c dolor _____ alt. Emocionales () temperatura
ambiental _____ otros: _____

Grupo menstruación: menarca 10 años días del ciclo menstrual: 5 días tipo,
cantidad y características del flujo normal, rojo brillante presencia algún problema
durante su menstruación si () no (x) ocasional () especifique:

mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

-de 6 hrs. () 6-8hrs. (x) 8-10hrs. () + de 10hrs () fatigado () otros:

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? Si (x) no ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño? si (x) no ()

¿Desde cuándo? 1 semana () 15 días () 1 mes () +de un mes (x)

Presencia de: bostezo () insomnio (x) hipersomnio () pesadillas ()

alucinaciones () ojeras (x) ronquidos (x) enuresis () sonambulismo ()

terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño:

¿Acostumbra a tomar siestas? si (x) no ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño? si (x) no ()

Especifique: en ocasiones toma té de 7 azares

Actividad

Sistema músculo esquelético:

Presencia de articulaciones de: dolor en articulaciones de las rodillas y manifiesta

adormecimiento de miembros superiores en los dedos pulgar, índice y medio.

Dolor () rigidez () inflamación () limitaciones () contracturas ()

especifique: _____

Tratamiento: _____

¿Alguna actividad física le produce dolor? si () no (x)

cual _____

mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición: si () no (x) especifique:

Utiliza apoyo para escuchar: si () no (x)

Presencia de: mareo () vértigo () acufenos () malformaciones () tumoraciones
() lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales: si () no (x) especifique: _____

Utiliza lentes: armazón () contacto () tiempo: solo los utilizo un tiempo y ya no los

Presencia de alteraciones oculares: si () no (x) especifique: _____

¿Con quienes convive diariamente? familia (x) amigas () compañeros de trabajo
()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive? buena (x)
regular () mala ()

¿A quienes recurre para platicar de sus problemas?

Familia (x) amigas () nadie () otros: _

Observar:

Seguridad () timidez (x) introversión () apatía () extraversión () otros:

Razones que le impiden realizar: lejanía () enfermedad (x) rechazo () miedo ()
dificultad para la comunicación () otros:

prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Sistema neurológico

Estado de conciencia: consiente (x) inconsciente () supor () estupor ()

confusión () coma () Glasgow: _____

Problemas con: concentración () razonamiento () especificar:

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar de ambulación? bastón () silla de ruedas () andador () otros: _____

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si (x) no () especifique: abuela materna fallecida por cáncer cervico uterino

Toxicomanías: si () no (x) especifique: _____

Implementa medidas de seguridad en su persona y familia:

Si () no () especifique: _____

funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si () no (x) especifique: por la enfermedad que presenta

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () no (x)

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades

básicas? si (x) no () especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido reproductiva?

Si (x) no () especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales? si (x) no ()

Depresión (x) ansiedad (x) vergüenza () temor () desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () inadaptación () irritabilidad (x) culpa () agresión () cólera ()

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

etapa del ciclo vital

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de vida.

Niñez si (X) no () especifique: varicela _____

Edad escolar si () no (x) especifique _____

Adolescente si () no (x) especifique _____

Adulto joven si () no (x) especifique _____

Edad fértil si (x) no () especifique

__preclampsia_____

Adulto si (x) no () especifique __VPH_____

salud sexual

Sistema reproductor

Ha recibido educación sexual. si (x) no () especifique; métodos de planificación orales, inyectables, DIU, parches, preservativos femenino y masculino, implantes.

Cuál es su educación sexual: el uso adecuado de los métodos así cómo prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual

Con que frecuencia tiene actividad sexual: por ahora mantendrá abstinencia

Está satisfecho con su vida sexual:

Si () no (X) porque: por padecer la enfermedad

Número de parejas sexuales: anterior 6, actualmente 1.

Presenta algún problema cuando tiene relaciones sexuales:

Si (x) no () especifique/tratamiento: dolor, ningún tratamiento

Utiliza algún método de planificación familiar: si () no (x) especifique/tiempo

Número de hijos: (2) 1 hija de 15 años y 1 hijo de 9 años

Tiene problemas de infertilidad: si () no (x) especifique: _____

Causa/tratamiento: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual: si (x) no () especifique: VPH

tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor: si () no (x) especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de próstata/testicular? si () no () frecuencia: _____

¿Presenta problemas de erección? si () no () tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz? si () no () tx: _____

Mujer:

menarca 10 años días de ciclo menstrual: 5 días

Tipo, cantidad y características del flujo: normal rojo brillante

Presenta algún problema durante su menstruación: si (X) no () ocasional ()

especifique: cólico ____

embarazos 2 partos _____ cesáreas 2 - abortos _____

óbitos _____ partos prematuros _____ embarazos de alto riesgo _____

periodo inter genésico _____ menopausia _____ fecha de ultimo

Papanicolaou no se lo ha realizado

Presencia de flujo/hemorragia transvaginal _____

características _____

¿Existe alteraciones del crecimiento físico? si () no (x) especifique: _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4-6 meses () 6-12 meses () + de 12 meses () no se realiza (x)

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo? si (x) no ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? es una enfermedad contagiosa por vía sexual y puede llegar a ser muy grave que puede causar cáncer

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude? si () no (x)

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación?

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación? si (x) no ()

especifique: _____

¿Identifica algún obstáculo que le impide continuar a llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () familiares () personales () especifique: ninguno

14.3 Glosario de términos

Biología Molecular: Parte de la biología que trata de los fenómenos biológicos a nivel molecular. En sentido restringido comprende la interpretación de dichos fenómenos sobre la base de la participación de las proteínas y ácidos nucleicos Jáuregui (2006).

Citología cervical: Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou Jáuregui (2006).

Carcinogénesis: Es el proceso por el cual una célula normal se transforma en una célula cancerígena e involucra múltiples pasos, los cuales reflejan las alteraciones genéticas que conducen a la transformación progresiva del tejido normal hacia estados malignos Jáuregui (2006).

Cáncer: Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte Jáuregui (2006).

Cáncer cervicouterino: Tumoración maligna que se presenta en el cuello de la matriz Jáuregui (2006).

Coliocitosis: Células del epitelio cervical con un halo perinuclear típico secundario a la infección por el virus del papiloma humano (VPH) Instituto Bernabeu (2013).

Colposcopia: Procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar el tracto genital inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio y al cual se le pueden aplicar distintas sustancias como solución fisiológica, ácido acético diluido, yodo u otras con fines de orientación diagnóstica Sanfilippo (2007).

Condiloma: Enfermedad vírica de la piel que consiste en el crecimiento de una verruga blanda en los genitales o en la región anal. Son producidos por el virus del papiloma humano VPH. Algunos tipos de condiloma se relacionan con afecciones

pre-malignas en el cuello uterino de la mujer, sobre todo si se presentan junto al herpes Díaz (2013).

Factor de riesgo: Condición particular que incrementa la posibilidad de desarrollar una patología Sanfilippo (2007).

Neoplasia cervical Intraepitelial (NIC): Es un crecimiento anormal y precanceroso de células escamosas en el cuello uterino Sanfilippo (2007).

Pruebas biomoleculares (Captura de Híbridos y RPC): Métodos de diagnóstico por laboratorio, para la detección del genoma de agentes infecciosos como el virus del papiloma Sanfilippo (2007).

RPC: (Reacción de la Polimerasa en Cadena): Prueba biomolecular en la que el DNA blanco se amplifica selectivamente por medios enzimáticos, a través de ciclos repetidos de desnaturalización, hibridación del fragmento precursor y extensión de éste Sanfilippo (2007).

Tamizaje: Prueba de detección masiva realizada de manera intencionada con el objeto de identificar oportunamente individuos con una enfermedad o trastorno de salud específico Sanfilippo (2007).

Virus: Son parásitos intracelulares obligados que necesitan de una célula huésped para completar su ciclo de vida, y dentro de esta relación, las células han desarrollado estrategias para controlar la replicación viral, y a su vez los virus han desarrollado mecanismos para evadir la respuesta antiviral de la célula infectada Álvarez (2012).

Virus del papiloma humano: Microorganismos pertenecientes a la familia de los Papillomaviridae, infectan la piel y las mucosas pudiendo producir tumores epiteliales benignos o malignos, varían en su tropismo tisular, su asociación con distintas lesiones y su potencial oncogénico Sanfilippo (2007).

Verrugas humanas: Lesión cutánea exótica de superficie rugosa. Puede tratarse con ácido salicílico, cantaridina, electro desecación, dióxido de carbono y nitrógeno líquido. Causado por un papovirus contagioso común Ferrá (2011).

XV Apéndice



Secretaría de Salud

IMPULSO
Guanajuato

M-11

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD Y GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

SOLICITUD Y REPORTE DEL RESULTADO DE LA PRUEBA DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

1.- INSTITUCIÓN SSG
 2.- ENTIDAD/DELEGACIÓN GTO
 3.- JURISDICCIÓN VI
 4.- MUNICIPIO Ponjamo
 5.- UNIDAD MÉDICA Umops La Marañe
 6.- CLUES 6755A 002834



II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE 6231339
 7.- NOMBRE Castro Becerra Beatriz
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)
 8.- ENTIDAD DE NACIMIENTO Michoacán CURP _____ 9.- FECHA DE NACIMIENTO 29 09 74 10.- EDAD 41
DÍA MES AÑO
 11.- DOMICILIO Carretera San Nicolás #25 La Estrella 36933 Ponjamo
CALLE NÚMERO COLONIA C.P. LOCALIDAD/MUNICIPIO/DELEGACIÓN
Gto VI
 12.- DERECHOHABIENTIA 1. SEGURO POPULAR 3. PEMEX 5. SEDENA 7. IMSS Oportunidades 9. OTRO
 2. IMSS 4. ISSSTE 6. SEDEMAR 8. NINGUNO

III. PRUEBA VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

13.- FICHA DE ESTUDIO ANTERIOR (VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO) _____ 14.- FECHA DE TOMA 02 10 15
DÍA MES AÑO
 NÚMERO DE CÓDIGO DE BARRAS _____
 15.- MOTIVO DE DETECCIÓN
 TAMIZAJE 1) INVITACIÓN ORGANIZADA 21) VPH POSITIVO PREVIO
 2) DERIVADA POR PERSONAL DE SALUD 22) ASCUS O LEI (LESIÓN PRECURSORA)
 3) ESPONTÁNEA (DE LA MUJER) 23) CONTROL DE CÁNCER
 16.- TIPO DE LA TOMA 1) DIRIGIDA 2) AUTÓNOMA
 17.- RESPONSABLE DE LA TOMA (RFC) AATE840817
 18.- FECHA DE ANÁLISIS _____ 19.- RESULTADO 1) NEGATIVO 2) POSITIVO
DÍA MES AÑO
 20.- FECHA DE ENTREGA DE RESULTADO _____
DÍA MES AÑO
 21.- OBSERVACIONES 1) MUESTRA EXTRAVIADA 2) FRASCO ABIERTO OTRO: Reportó



SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

Programa de Prevención y Control de
Cáncer Cérvico Uterino

LABORATORIO

Citología Cervical Consultas Indicadores



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO

SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

FOLIO: 101110602300102016325788

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

1. Institución	<input type="text" value="SSA"/>
2. Entidad / Delegación	<input type="text" value="Guanajuato"/>
3. Jurisdicción	<input type="text" value="Irapuato"/>
4. Municipio	<input type="text" value="PENJAMO"/> <input type="checkbox"/>
5. Unidad Médica	<input type="text" value="LA MARAÑA"/> <input type="checkbox"/>
6. Clues	<input type="text"/>

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE	<input type="text" value="CABB740925MGUSCT0"/>	<u>BUSCAR PACIENTE</u>	
7. Nombre	<input type="text" value="CASTRO"/>	<input type="text" value="BECERRA"/>	<input type="text" value="BEATRIZ"/>
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
8. Entidad de nacimiento	<input type="text" value="Guanajuato"/> <input type="checkbox"/>	9. CURP	<input type="text"/>
10. Fecha de nacimiento	<input type="text" value="25/09/1974"/>	11. Edad	<input type="text" value="41"/>
	DD/MM/AAAA		
12. Domicilio	<input type="text" value="SAN NICOLAS 25"/>	<input type="text" value="LA ESTRELLA"/>	<input type="text" value="PENJAMO"/> <input type="text"/>
	Calle y Número	Colonia	Localidad/Municipio/Delegación Código postal
	<input type="text" value="Guanajuato"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Irapuato"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Entidad Federativa	Jurisdicción	Teléfono
13. Otro domicilio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Calle y Número	Colonia	Localidad/Municipio/Delegación
14. Otro telefono	<input type="text"/>		
15. Correo electrónico	<input type="text"/>		
<u>GENERAR CLAVE</u>		<u>LIMPIAR</u>	

SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

16. Afiliación

1. Seguro Popular	4. PEMEX	7. IMSS Prospera
2. IMSS	5. SEDENA	8. Ninguno
3. ISSSTE	6. SEMAR	9. Otro

16.1 Número de Afiliación o Póliza

III. CAPTURA DE VPH

Prueba de VPH

1. Si 2. No

Fecha de estudio anterior

DD/MM/AAAA

Fecha de toma Número de toma

DD/MM/AAAA

Fecha de interpretación

DD/MM/AAAA

Tipo de toma

1. Toma dirigida 2. Autotoma RFC Responsable de toma

Resultado de VPH

1. Negativo 2. Positivo

Fecha de entrega de resultado

DD/MM/AAAA

IV. ANTECEDENTES

17. Citología

1.- Primera vez en la vida 2.- Primera vez después de 3 años 3.- Subsecuente 4.- Complementaria a resultado positivo de VPH

18.- Situación ginecoobstétrica

1.- Puerperio o postaborto 4.- DIU 7.- Embarazo actual

2.- Postmenopausia 5.- Histerectomía 8.- Tratamiento colposcópico previo

3.- Uso de hormonales 6.- Tratamiento farmacológico 9.- Ninguno

19. Inicio de vida sexual 19.1 Edad

1.- Si 2.- No

20. Antecedente de vacunación VPH 20.1 Edad

1.- Si 2.- No

SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

20.2 Número de dosis	<input type="text"/>		
1.- Una	2.- Dos	3.- Tres	4.- Completo
21. Fecha de la última regla	<input type="text" value="01/01/2015"/>		
	DD/MM/AAAA		
22. A la exploración se observa	<input type="text" value="1"/>		
1.- Cuello aparentemente sano	4.- Cervicitis	7.- No se observa cuello	
2.- Cuello anormal	5.- Leucorrea		
3.- Lesión del cuello	6.- Sangrado anormal		
23. Utensilio con el que tomó la muestra	<input type="text" value="2"/>		
1.- Espátula de Ayre modificada	3.- Hisopo		
2.- Citobrush	4.- Otros	<input type="text" value=""/>	
	Especifique		
24. RFC del responsable de la citología	<input type="text" value="DEEN910531"/>		
25. Fecha de la toma de la muestra	<input type="text" value="03/11/2015"/>		
	DD/MM/AAAA		
26. Factores de riesgo	<input type="text" value="5"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años	4.- Tabaquismo		
2.- Múltiples parejas sexuales	5.- Ninguno		
3.- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual			
27. Cuenta con Cartilla Nacional de Salud de la Mujer	<input type="text" value="2"/>		
1.- Si	2.- No		
28. Muestra repetida	<input type="text" value="1"/>		
1.- Si	2.- No		
28.1 Número citológico anterior	<input type="text" value="1"/>		
<u>GRABAR ANTECEDENTES</u>		<u>LIMPIAR</u>	

V. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

29. Fecha de interpretación	<input type="text" value="18/11/2015"/>		
	DD/MM/AAAA		
30. Número citológico	<input type="text" value="67135"/>	31. Laboratorio	<input type="text" value="HOSPITAL MATERNO INFANTIL IRAP"/>
32. Característica de la muestra	<input type="text" value="1"/>		
1.- Adecuada	2.- Inadecuada		
33. Diagnóstico citológico	<input type="text" value="7"/>		
1.- Dentro del límite normal	Negativo a cáncer		
2.- Infección Tricomonas			
3.- Infección Candidiasis			