

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE PANDO

UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO

ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA ENFERMERÍA



MONOGRAFIA DEL S.S.S.R.O

CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE LA ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA VACUNA VPH EN NIÑOS Y NIÑAS DE 10 A 14 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA MONSEÑOR SANTIESTEBAN DEL MUNICIPIO DE PORVENIR DE ABRIL A JUNIO GESTION 2025

AUTOR:

**LOURDES CONDORI PAREDES
INT. LIC. EN ENFERMERÍA**

**LIC. ENF. ERCILIA LLANOS FAJARDO
DOCENTE U.A.P**

PORVENIR – PANDO – BOLIVIA

GESTION 2025

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado primeramente a Dios, nuestro creador, que me permitió concluir los proyectos que me he propuesto, y nunca soltó mi mano.

A mi familia y amigos que me acompañaron dándome todo el apoyo necesario.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro creador Dios que me permitió concluir la carrera y me cuidó durante todo el periodo que estuve lejos de casa y de mi familia.

*A la **UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO**, Carrera de **Enfermería** por acogerme en esta casa superior de estudios la cual me formo como profesional.*

*Al equipo de trabajo del Centro de Salud “**El San Martín de Porres**” Por la confianza depositada y por todo el apoyo brindado.*

Agradecer también a toda mi familia que me apoyó durante toda la carrera universitaria, sin ellos no hubiese conseguido llegar hasta aquí.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I. PROBLEMA INVESTIGADO	3
1.1. Planteamiento del Problema.....	3
1.1.1. Descripción de la Situación del Problema.....	3
1.1.2. Formulación del Problema	5
1.2. Delimitación de la Investigación.....	5
1.3.1. Delimitación Temática	5
1.3.2. Delimitación Temporal.....	5
1.3.3. Delimitación Espacial.....	5
1.4. Objetivo General	5
1.4.1. Objetivo Específicos.....	5
1.5. Justificación del Tema.....	6
1.5.1. Justificación Teórica.....	6
1.5.2. Justificación Social.....	6
1.5.3. Justificación Práctica	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	8
2.1. Marco Conceptual.....	8
2.1.1. Vacuna.....	8
2.1.2. Vacuna VPH.....	8
2.1.4. Aceptación	8
2.1.5. Rechazo	8
2.1.6. Conocimiento	9
2.1.7. Localidad	9
2.1.8. Centro de salud	9
2.2. Marco Teórico	9

2.2.1. Definición de Vacuna VPH	9
2.2.2. Virología y Clasificación del VPH.....	12
2.2.3. Clasificación del VPH	13
2.2.4. Epidemiología de la Enfermedad	13
2.2.5. Manifestaciones Clínicas	16
2.2.7. Aplicación del modelo de Adaptación en los cuidados de enfermería en pacientes con virus del papiloma humano	16
2.2.8. Vacunas frente al Virus del Papiloma Humano.....	17
2.2.9. Tipos de Vacunas, Composición y Presentación.....	18
2.2.10. Inmunogenicidad, Eficacia y Efectividad.....	18
2.2.11. Eficacia Clínica de la Vacuna VPH.....	20
2.2.12. Efectividad de las Vacunas en Mujeres y Hombres	21
2.2.13. Vías de Administración	25
2.2.14. Indicaciones y Esquemas de Vacunación.....	25
2.2.15. Efectos adversos de las Vacunas	26
2.2.16. Precauciones y Contraindicaciones	27
2.2.17. Recomendaciones de Vacunación	27
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	28
3.1. Operacionalización de variables	28
3.1.1. Variable Independiente.....	28
3.1.2. Variable Dependiente	29
3.2. Enfoque Metodológico	29
3.3. Tipo de Investigación	29
3.3.1. Tipo Descriptivo.....	29
3.3.2. Tipo Transversal.....	29

3.4. Método de Investigación	30
3.4.1. Método Empírico.....	30
3.5. Población y Muestra.....	30
3.5.1. Población.....	30
3.5.2. Muestra.....	30
3.6. Técnicas de recolección de datos o procedimientos utilizados	31
3.6.1. Técnica de estudio.....	31
3.6.1.1. Instrumentos	31
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	32
4.1. Resultados.....	32
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
5.1. Conclusiones.....	46
5.2. Recomendaciones	48
Bibliografía.....	49
Anexos 1. Instrumento de recolección de datos:	52
Anexo 2. Aplicación de Vacuna a niños y niñas de 10 a 14 años:	55
Anexo 3. Charla educativa sobre Vacuna VPH a madres de niños de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban en la localidad de Porvenir:	55

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Número de niños y niñas de 10 a 14 años que fueron vacunados o rechazaron la vacuna VPH en la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban en los meses de abril a junio gestión 2025.	32
Tabla 2. Tutor que fue encuestado sobre la vacuna VPH por personal de Salud en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.....	33
Tabla 3. Ocupación de las madres encuestadas en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.....	34
Tabla 4. Número de niños de 10 a 14 años de madres encuestadas que aceptaron o rechazarón la vacunación por el personal de salud en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.....	34
Tabla 5. Razón por lo cual no dejo vacunar a su niño de 10 a 14 años contra la vacuna VPH por el personal de salud en los meses de abril a junio gestión 2025.	35
Tabla 6. Número de madres que tiene conocimiento sobre el agente causal de la enfermedad de cáncer cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.	36
Tabla 7. Nro de madres que tienen conocimiento sobre la forma de transmisión de la enfermedad de cáncer cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.....	37
Tabla 8. Nro de madres que tienen conocimiento sobre las manifestaciones clínicas de las enfermedad de cáncer cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.....	38
Tabla 9. Número de madres que conocen los síntomas de las enfermedad de cáncer, cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.....	39
Tabla 10. Número de madres encuestadas que conocen sobre los métodos de prevención contra el VPH en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.....	40
Tabla 11. Número de madres que conocen si hay o no vacuna para combatir el cáncer producido por el VPH en el Centro de Salud San Martin de Porres en los meses de abril a junio gestión 2025.	41

Tabla 12. Conocimiento de las madres sobre la función de la vacuna VPH en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.....	42
Tabla 13. Conocimiento de las madres encuestadas sobre la edad en la que se vacuna la VPH en niños que acuden al Centro de Salud San Martín de Porres en los meses de abril a junio gestión 2025.....	43
Tabla 14. Número de madres que recibieron información sobre la vacuna VPH en el Centro de Salud San Martín de Porres en los meses de abril a junio gestión 2025.	44

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 14 años que fueron vacunados o rechazaron la vacuna VPH en la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban en los meses de abril a junio gestión 2025.....	32
Gráfica 2. Porcentaje de Tutor que fue encuestado sobre la vacuna VPH por personal de Salud en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.	33
Gráfica 3. Porcentaje de Ocupación de las madres encuestadas en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.	34
Gráfica 4. Porcentaje de niños de 10 a 14 años de madres encuestadas que aceptaron o rechazaron la vacunación por el personal de salud en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.	35
Gráfica 5. Porcentaje por lo cual no dejó vacunar a su niño de 10 a 14 años contra la vacuna VPH por el personal de salud en los meses de abril a junio gestión 2025.	36
Gráfica 6. Porcentaje de madres que tiene conocimiento sobre el agente causal de la enfermedad de cáncer cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.....	37
Gráfica 7. Porcentaje de madres que tienen conocimiento sobre la forma de transmisión de la enfermedad de cáncer cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.....	38
Gráfica 8. Porcentaje de madres que tienen conocimiento sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad de cáncer cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.....	39
Gráfica 9. Porcentaje de madres que conocen los síntomas de la enfermedad de cáncer, cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.....	40
Gráfica 10. Porcentaje de madres encuestadas que conocen sobre los métodos de prevención contra el VPH en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.....	41
Gráfica 11. Porcentaje de madres que conocen si hay o no vacuna para combatir el cáncer producido por el VPH en el Centro de Salud San Martín de Porres en los meses de abril a junio gestión 2025.....	42

Gráfica 12. Porcentaje de Conocimiento de madres sobre la función de la vacuna VPH en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.	43
Gráfica 14. Porcentaje de madres que recibieron información sobre la vacuna VPH en el Centro de Salud San Martin de Porres en los meses de abril a junio gestión 2025.....	44

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Instrumento de recolección de datos:	53
Anexo 2 . Aplicación de Vacuna a niños y niñas de 10 a 14 años:	55
Anexo 3 Charla educativa sobre Vacuna VPH a madres de niños de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban en la localidad de Porvenir:	55

RESUMEN

El virus del papiloma humano es el principal causante del cáncer de cuello uterino en mujeres y cáncer de pene, anogenital, realmente el porcentaje en el que esta causa lesiones premalignas no es muy alto, un 95% de las infecciones causadas por este virus generan patologías benignas, por lo que solo un 5% se pueden desarrollar como lesiones premalignas. La forma de prevención para la infección por el VPH son las vacunas: Gardasil y Cervarix con el objetivo de disminuir la mortalidad por el cáncer de cuello uterino en casi un 70%.

El Objetivo: Es determinar el conocimiento de las madres sobre la aceptación o rechazo a la vacuna VPH en niños y niñas de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban del municipio de Porvenir de abril a junio gestión 2025.

El Método: Empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo empírico, estadístico y transversal. El estudio se realizó a 30 madres, la muestra estuvo conformada por el 100 %, el muestreo no probabilístico por conveniencia. Las técnicas fue la entrevista y visita domiciliaria.

Los Instrumentos fueron: El cuestionario sobre el conocimiento de las madres sobre la aceptación o rechazo a la vacuna VPH en niños y niñas de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban.

Resultados: En relación al conocimiento que tienen las madres sobre la enfermedad producida por el VPH: El 53% refieren que es un virus el causante de cáncer cervicouterino, de pene y anogenital, un 33% una bacteria y 13% un hongo. El 57% de Las madres conocen que hay vacuna contra el VPH y 43% no conoce. El 40% no conoce la función de la vacuna VPH, 33% que sirve para curar el cáncer y 27% prevenir enfermedades como el cáncer.

Conclusión: El 76% de niños de 10 a 14 años fueron vacunados con la VPH en los meses abril a junio y 24% no. El 75% de las niñas de 10 a 14 años fueron vacunados y 22% no. El curso 6to de Primaria conformado por estudiantes de 10 años: el 64% son masculinos y 36 femeninos, 3ero de Secundaria de 14 años: el 57% masculinos y 43% femeninos, 5to de Primaria: de 11 años el 56% son masculinos y 44% femeninos, 1ero de Secundaria de 12 años: el 54% son masculinos y 44% femeninos, 2do de Secundaria de 13 años el 53% masculinos y 47% femeninos. El 50% de las madres recibieron información de la vacuna VPH por medio de la televisión y radio, 37% por parte del Personal de Salud y 20% por internet.

Palabras Claves: Vacuna VPH, conocimiento de vacuna, cáncer cervicouterino.

ABSTRACT

Human papillomavirus is the main cause of cervical cancer in women and penile and anogenital cancer. In reality, the percentage in which it causes premalignant lesions is not very high; 95% of infections caused by this virus result in benign conditions, so only 5% can develop into premalignant lesions. The method of prevention for HPV infection is through vaccines: Gardasil and Cervarix, with the aim of reducing mortality from cervical cancer by almost 70%.

The Objective: It is to determine the knowledge of mothers regarding the acceptance or rejection of the HPV vaccine in boys and girls aged 10 to 14 at the Monseñor Santiesteban Educational Unit in the municipality of Porvenir from April to June 2025.

The Method: Used was quantitative, and the design was non-experimental, empirical, statistical, and cross-sectional. The study was conducted with 30 mothers; the sample comprised 100% of them, with non-probabilistic convenience sampling.

The techniques used: The questionnaire on mothers' knowledge about the acceptance or rejection of the HPV vaccine in boys and girls at the Monseñor Santiesteban Educational Unit.

Results: Regarding the knowledge that mothers have about the disease caused by HPV: 53% indicated that it is a virus that causes cervical, penile, and anogenital cancer, 33% said it is a bacterium, and 13% said it is a fungus. Fifty-seven percent of mothers know that there is a vaccine against HPV, while 43% do not. Forty percent do not know the function of the HPV vaccine, 33% believe it serves to cure cancer, and 27% think it prevents diseases such as cancer.

Conclusion: 76% of children aged 10 to 14 were vaccinated against HPV from April to June, and 24% were not. 75% of girls aged 10 to 14 were vaccinated, and 22% were not. The 6th grade of Primary School, composed of 10-year-old students: 64% are male and 36% female; 3rd grade of Secondary School, 14 years old: 57% male and 43% female; 5th grade of Primary School, 11 years old: 56% male and 44% female; 1st grade of Secondary School, 12 years old: 54% male and 44% female; 2nd grade of Secondary School, 13 years old: 53% male and 47% female. 50% of mothers received information about the HPV vaccine through television and radio, 37% from Health Personnel, and 20% through the internet.

Keywords: HPV vaccine, vaccine knowledge, cervical cancer.

INTRODUCCIÓN

La vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) se ha consolidado como una estrategia fundamental en la prevención de enfermedades oncológicas y benignas relacionadas con este virus, que afecta tanto a mujeres como a hombres. Aunque inicialmente se dirigió exclusivamente a niñas adolescentes, actualmente se reconoce la importancia de su administración sistemática también en varones, con el objetivo de ampliar la inmunidad de grupo, reducir la carga viral comunitaria y prevenir patologías como el cáncer de pene, ano, orofaringe y las verrugas genitales.

Se dispone de vacunas seguras y con eficacia y efectividad demostradas para evitar la infección persistente y las lesiones preneoplásicas asociadas a los VPH de alto riesgo más prevalentes (VPH 16 y VPH 18). Disponemos de una nueva vacuna que incluye 5 nuevos serotipos (VPH 31, VPH 33, VPH 45, VPH 52 y VPH 58) que amplía la protección a un 90 %. Las vacunas actuales son profilácticas y no ofrecen protección para el tipo viral para el que la mujer ya está infectada. Vacunar a la población no expuesta permitirá obtener la máxima efectividad. El momento óptimo para iniciar la vacunación es antes del debut sexual de la mujer. La población diana son las mujeres preadolescentes y adolescentes a los 12 años como edad óptima para la vacunación. Cervarix, en su ficha técnica, tiene autorizada la aplicación de 2 dosis (0 y 6 meses) entre los 9 y los 14 años inclusive. Gardasil también 2 dosis (0 y 6 meses), pero de 9 a 13 años inclusive y Gardasil 9 tiene autorizada la aplicación de 2 dosis (0 y 6 meses) entre los 9 y los 14 años inclusive. Las mujeres de 13 a 26 años no vacunadas son un grupo de alta prioridad de vacunación y pueden beneficiarse de la misma sin necesidad de cribado citológico o viral previo. Los datos de inmunogenicidad y eficacia de las vacunas tetravalente y nonavalente en varones han permitido ampliar las indicaciones de esta vacunación para la prevención de verrugas genitales en hombres de 9 a 26 años y la prevención de lesiones anales precancerosas y a cánceres anales causalmente relacionadas con los VPH oncogénicos incluidos en las vacunas. Se debe informar y recomendar también la vacunación a los chicos por los beneficios directos demostrados. Igualmente la bivalente está autorizada en varones, pero con datos de Inmunogenicidad (Sociedades, Científicas Españolas 2011)

Todos los países se han comprometido a eliminar el cáncer de cuello uterino como problema de salud pública. *La Estrategia Mundial de la OMS* define la eliminación como la reducción a una tasa de incidencia umbral de cuatro por 100 000 mujeres-año y establece tres metas que

deben alcanzarse para el año 2030, con el fin de situar a todos los países en el camino hacia la eliminación en las próximas décadas:

- Inmunización del 90% de las niñas con una vacuna contra el VPH antes de cumplir los 15 años;
- Cribado del 70% de las mujeres mediante una prueba de alta precisión antes de los 35 años y de nuevo antes de los 45 años;
- y tratamiento del 90% de las mujeres con lesiones precancerosas o cáncer cervicouterino.

Según los modelos, se estima que se puede evitar la cifra acumulada de 74 millones de nuevos casos de cáncer de cuello uterino y 62 millones de muertes, de aquí a 2120, si se alcanza este objetivo de eliminación (OMS, 2023)

CAPITULO I. PROBLEMA INVESTIGADO

1.1. Planteamiento del Problema

1.1.1. Descripción de la Situación del Problema

El VPH es la cuarta causa de cáncer y muerte por cáncer en las mujeres en 2023, y es el causante de 70.000 nuevos casos de cáncer en hombres (OMS, 2023)

La vacuna contra el virus del papiloma humano protege de las sepas que producen CCU a la *población femenina* entre los 9 años y 13 años 11 meses 29 días y a partir de este 2024 se empezó a vacunar a población masculina entre 9 a 10 años, para lo cual para ser administrada tienen que ser autorizadas por las madres de familias, especialmente por la madre la que tradicionalmente es la encargada del cuidado de los hijos. Por lo que se considera sumamente importante el conocimiento que ellas poseen para velar por la salud de sus hijos.

Las tasas más elevadas de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino se registran en los países de ingreso bajo y mediano. Esto refleja grandes desigualdades que obedecen a carencias en el acceso a los servicios nacionales de vacunación contra el VPH y de cribado y tratamiento del cáncer cervicouterino, así como a determinantes sociales y económicos (Castellsagué, Iftner T 2012)

La tasa de vacunación disminuyo en todo el mundo, sólo el 15% de las niñas de entre nueve y catorce años de edad en todo el mundo fueron vacunadas contra el papiloma virus, mientras que unos 80 países, que representan alrededor de dos tercios de la carga mundial de cáncer de cuello uterino, aún no han implantado la vacunación (ONU, 2022)

En América Latina

Más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en la región de las Américas.

"Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud", dijo el organismo".

Para luchar contra la enfermedad se necesita abordar el problema con un enfoque de cuatro pilares: salud sexual y reproductiva, salud en adolescentes, inmunización y controles en mujeres por encima de los 30 años.

El primer país de la región en introducir la vacuna contra la VPH fue Panamá en 2008. Le siguieron Argentina en 2011; México y Colombia en 2012. A este grupo de países se los puede considerar los pioneros. Paraguay y Uruguay, la ofrecen desde 2012 y Chile y Ecuador desde 2013.

Más de 100 países han comenzado a usar la vacuna como parte de los planes de la OMS para eliminar el cáncer cervical.

Esta problemática presente está latente en Bolivia, ya que no hay una aceptación del 100% de la vacuna por parte de los padres de familia para sus menores hijos, por lo tanto estas constituyen una población en riesgo de contraer cáncer de pene, cáncer anogenitales y verrugas genitales en la edad adulta. Frente a este panorama se ha creído conveniente realizar el presente trabajo de investigación en padres de niños de 10 años en área de influencia del Centro de Salud San Martín de Porres.

En el Departamento de Pando

Se tiene datos obtenidos del SNIS/VE Pando, que la cobertura de vacuna VPH solamente de niñas y la gestión 2024 se implementó a nivel Nacional y Departamental la vacunación de VPH en niños de 10 años.

El Centro de Salud San Martín de Porres en la gestión 2025

La meta gestión 2024 de niños de 10 años es 113 , de los cuales se vacunarón a 82 niños con VPH haciendo un 73 % de la meta asignada y de niñas de 10 años la meta es 84 y llegó a un 70% de meta asignada (SNIS/VE, Porvenir 2025).

1.1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es el conocimiento de las madres sobre la aceptación o rechazo a la vacuna VPH en niños y niñas de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban del municipio de Porvenir de abril a junio gestión 2025??

1.2. Delimitación de la Investigación.

1.3.1. Delimitación Temática

La temática de la presente investigación se relaciona con el análisis sobre conocimiento de las madres sobre la aceptación o rechazo a la vacuna VPH en niños y niñas de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban del municipio de Porvenir.

1.3.2. Delimitación Temporal

La presente investigación tomó como parámetro temporal desde de abril a junio gestión 2025.

1.3.3. Delimitación Espacial

La presente investigación se circunscribe en el espacio geográfico de la localidad de Porvenir del municipio de Porvenir, Provincia Nicolás Suarez del Departamento Pando.

1.4. Objetivo General

- ✓ Determinar los conocimientos de las madres sobre la aceptación o rechazo a la vacuna VPH en niños y niñas de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban del municipio de Porvenir de abril a junio gestión 2025.

1.4.1. Objetivo Específicos

- ✓ Identificar los datos sociodemográficos de la población que forma parte del estudio.
- ✓ Determinar el grado de aceptación o rechazo de la vacuna VPH por parte de las madres encuestadas.
- ✓ Identificar el conocimiento que tienen las madres sobre la enfermedad producida por el VPH.
- ✓ Establecer el conocimiento de las madres sobre la vacuna VPH y si recibió información por el personal de salud.

1.5. Justificación del Tema

1.5.1. Justificación Teórica.

El presente estudio, tendrá una gran importancia ya que a nivel Nacional y también en el Departamento de Pando, es por primera vez que se aplicara la vacuna VPH en niñas y niños de 10 a 14 años en la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban de la localidad de Porvenir y de acuerdo al esquema nacional de vacunación contra el VPH la vacuna brinda protección contra 4 cepas del papiloma virus en mujeres de cáncer cervicouterino y en hombres y previene cáncer de pene, cáncer anogenitales, verrugas genitales y cáncer de orofaringe.

1.5.2. Justificación Social

El Virus del Papiloma Humano es un problema de salud pública con graves repercusiones en distintos ámbitos como el personal, el social, el económico y con mucha razón, el de la salud. Han sido muchos los esfuerzos de las distintas naciones para disminuir el contagio por este y las consecuencias que se desprenden de él, sin embargo, las cifras siguen reflejando fallas en la implementación de estrategias, puesto que no han podido lograr una reducción significativa. Las condiciones socioeconómicas, la disponibilidad de acceso a servicios de salud, la carencia de estrategias de promoción y prevención que involucren a toda la población, son grandes condicionantes que juegan en contra de esta lucha. Cabe resaltar los esfuerzos en el tamizaje y las estrategias de prevención que, aunque no han mostrado ser suficientes para toda la población, han logrado una reducción con el paso del tiempo.

Debido a la importancia que tiene para la población, a nivel nacional y departamental existe un bajo conocimiento sobre la vacuna VPH de los madres de niños de 10 años, debido a la baja frecuencia en solicitud de consulta médica y a que son los padres son quienes toman la decisión.

Señalamos los motivos por los cuales los padres rechazan la vacunación de VPH en niños: “Preocupación sobre la seguridad” “No es recomendada” ,“No sabía” ,“No inició la actividad sexual” ,“No la necesita o no es necesaria”.

También existen creencias en los padres de que la vacunación inducirá el inicio temprano de relaciones sexuales en sus hijas y que las vacunas solo son para población menor de 5 años de edad

1.5.3. Justificación Práctica

Nuestra investigación también será útil como aporte al Centro de Salud San Martín de Porres, ya que guarda relación directa con la problemática principal que es identificar el grado de aceptación o rechazo de los padres de familia sobre la aplicación de la vacuna VPH a sus niños. De igual manera, estos resultados contribuirán a reorientar estrategias de promoción a nivel local y focalizada e institucional de sensibilización a los padres de familias de niños de 10 años, de tal manera que se promueva una cultura de prevención y cuidado de la salud. Nos servirá también como fuentes bibliográficas en futuras investigaciones, como aporte para el Centro de Salud, debido ya que a nivel municipal es primera vez que se realiza la vacunación contra la VPH en niños.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Marco Conceptual

2.1.1. Vacuna

Son suspensiones de microorganismos (bacterias o virus) o bien fracciones o partículas proteicas de éstos, que adecuadamente preparados (vivos, inactivos, muertos) al ser introducidos al organismo producen inmunidad contra estos agentes (PAI Familiar y Comunitaria, 2016)

2.1.2. Vacuna VPH

Las vacunas del virus de papiloma humano (VPH) son recombinante de subunidades proteicas. El antígeno para estas vacunas contra el VPH es la proteína principal L1 de la cápside del VPH, estas proteínas se auto ensamblan en unidades no infecciosas y no oncogénicas denominadas partículas similares a virus (VLP por sus siglas en inglés: virus like protein). Las L1 se producen en Baculovirus para la vacuna bivalente y por fermentación en levaduras de *Saccharomyces cerevisiae* en las vacunas tetra y nonavalente (OMS, 2022)

2.1.3. Virus del Papiloma Humano

Pertenece a la familia de Papillomaviridae, al grupo de virus con tropismo por los epitelios. Infectan predominantemente la piel y las membranas mucosas y producen proliferaciones benignas o papilomas, que bajo ciertas circunstancias, pueden experimentar transformación maligna (Ortiz Y, 2017)

2.1.4. Aceptación

Es un acto expreso o implicación por conducta que manifiesta el asentimiento a los términos de una oferta de una manera invitada o requerida por la oferta para que se forme un contrato vinculante. El ejercicio del poder conferido por una oferta mediante la realización de algún acto. El acto de una persona a quien se ofrece algo o se ofrece por otra, por el cual el ofrecido demuestra a través de un acto invitado por la oferta una intención de retener el objeto de la oferta (Eckhart, Tolle 2022)

2.1.5. Rechazo

Es una manifestación de voluntad que importa la no aceptación de un sujeto u objeto, material o inmaterial, por diferentes causas. El rechazo puede ser forzado, si el sujeto lo hace obligado

por otros o por las circunstancias, habiendo querido aceptarlo. Puede ser realizado verbalmente, por escrito o a través de gestos (Fingermann, H.2023)

2.1.6. Conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (Martinez, A. 2006)

2.1.7. Localidad

“Localidad es un concepto que se utiliza a nivel administrativo y geográfico para designar a determinado tipo de territorios y espacios que se caracterizan por tener algunos rasgos en común” (Ana, Maria Leiva 2018)

2.1.8. Centro de salud

Un centro de salud es una instalación médica que ofrece servicios de atención primaria y preventiva a la comunidad, estos centros están diseñados para proporcionar una amplia gama de servicios médicos básicos, incluyendo diagnóstico, tratamiento, prevención y educación en salud. Los centros de salud juegan un papel crucial en la promoción de la salud pública, al garantizar que los individuos tengan acceso a cuidados esenciales cerca de sus hogares.

Los servicios que ofrecen típicamente incluyen atención médica general, vacunación, asesoramiento, planificación familiar, control de enfermedades crónicas y actividades de promoción de la salud (Agustin, 2018)

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Definición de Vacuna VPH

Las vacunas contra el VPH son vacunas que protegen contra la infección por el VPH. Son un grupo de más de 200 virus relacionados, de los que más de 40 tipos se transmiten por contacto sexual directo. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. ha aprobado tres vacunas para la prevención de la infección por el VPH: Gardasil, Gardasil 9 y Vervarix. Las tres vacunas protegen de la infección por los tipos 16 y 18 de VPH, dos de los

virus del papiloma humano de alto riesgo que causa cerca de 70% de los CCU y un porcentaje todavía mayor de algunos de los otros cánceres causados por el VPH. Gardasil 9 protege de la infección por los mismos cuatro tipos de VPH y otros cinco tipos de VPH que causan cáncer (31, 33, 45, 52, 58) (National, Cancer Institute 2018)

Como otras vacunas para proteger contra infecciones virales, las vacunas contra el VPH estimulan al cuerpo para que produzcan anticuerpos que, en encuentros futuros con VPH, se unirán al virus y le impedirán que infecte células. Las vacunas actuales contra VPH se basan en partículas que semejan virus (VLP) y que están formadas por componentes de la superficie de los VPH. Las VLP que semejan virus no son infectadas porque les falta el ADN del virus. Sin embargo, se parecen mucho al virus natural, los anticuerpos contra esas partículas tienen también actividad contra el virus natural. Se ha descubierto que las partículas son muy inmunogénicas, lo que significa que ellas causan una gran producción de anticuerpos por el cuerpo. Esto hace que las vacunas sean altamente eficaces.

Son altamente eficaces para prevenir la infección por el VPH a los que atacan cuando las vacunas se administran antes de la exposición inicial al virus. En los estudios que llevaron a la aprobación de Gardasil y de Cervarix, se encontró que estas vacunas proveen casi 100% de protección contra infecciones persistentes del cuello uterino por los tipos 16 y 18 de VPH y contra los cambios celulares del cuello uterino que pueden causar estas infecciones persistentes. Gardasil 9 es tan eficaz como Gardasil para la prevención de las enfermedades causadas por los cuatro tipos de VPH (6, 11, 16 y 18), según reacciones similares de anticuerpos en participantes de estudios clínicos. Los estudios que llevaron a la aprobación de Gardasil 9 encontraron que es casi 100% eficaz en la prevención de enfermedades cervicales (de cuello uterino), de vulva y de vagina causadas por los otros cinco tipos de VPH (31, 33, 45, 52, 58) a los que se dirige. Se ha encontrado que Cervarix provee protección parcial contra algunos otros tipos de VPH que pueden también causar cáncer pero que no están incluidos en la vacuna, un fenómeno llamado protección cruzada (National, Cancer Institute 2018)

Hasta la fecha, se ha determinado que la protección contra los tipos de VPH en el blanco de las vacunas dura 10 años por lo menos con Gardasil, al menos 9 años con Cervarix y al menos 6 años con Gardasil 9. Un estudio clínico de Gardasil en hombres indicó que se puede impedir los

cambios celulares anales causados por infección persistente y verrugas genitales. Los análisis de datos de mujeres que participaron en un estudio clínico de Cervarix encontraron que esta vacuna puede proteger a las mujeres contra las infecciones persistentes del VPH 16 y 18 en el ano y en la cavidad oral (Hariri, S, Bennett NM 2008)

Diversas cepas del VPH se transmiten por contacto sexual y están relacionadas con la mayoría de los casos de CCU. Gardasil 9 es una vacuna contra el VPH aprobada por la FDA. Y se puede administrar tanto a niños como a niñas. Esta vacuna puede prevenir la mayoría de los casos de CCU si se aplica antes de que la niña o la mujer se expongan al virus. Además, esta vacuna puede prevenir el cáncer vaginal y vulvar en las mujeres, verrugas genitales y cáncer anal en mujeres y hombres.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan la vacuna rutinaria contra el VPH para niñas y niños de 11 a 12 años de edad, aunque algunas organizaciones recomiendan comenzar con la vacunación tan pronto como a los 9 o 10 años. La norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación del año 2018 considera apto para la vacunación a niñas de 9 años hasta los 13 años 11 meses y 29 días (Mayo, Clinic 2019)

Es ideal que las niñas y los niños reciban la vacuna antes de tener contacto sexual y estén expuestos al VPH, porque una vez que alguien se infecta con el virus, la vacuna podría no ser tan eficaz o podría no funcionar en absoluto. Además, la respuesta a la vacuna es mejor a una edad temprana que a una edad mayor. En octubre de 2016, los CDC actualizaron el calendario de vacunación contra el VPH para recomendar que todos los adolescentes de 9 a 14 años de edad reciban dos dosis de la vacuna contra el VPH con un intervalo de al menos 6 meses, en lugar del calendario de tres dosis recomendadas anteriormente. Los adolescentes y adultos jóvenes que comienzan a recibir la serie de vacunas más tarde, entre 15 y los 26 años de edad, deben continuar recibiendo tres dosis de la vacuna. La FDA de los Estados Unidos aprobó recientemente el uso de Gardasil 9 para hombres y mujeres de 9 a 45 años de edad.

Se aplica dos dosis: La primera al primer contacto con el servicio de salud, la segunda a los 6 meses de la primera dosis, en la parte superior de la cara lateral externa del brazo (región deltoides), vía intramuscular.

En general los efectos adversos suelen ser leves los más comunes son dolor, hinchazón o enrojecimiento en el sitio de la inyección. A veces, se produce mareos o desmayos después de la aplicación. Permaneciendo 15 min sentado después de la inyección, se reduce el riesgo de desmayo. También puede presentarse dolor de cabeza, náuseas, vómitos, fatiga o debilidad. Los CDC y la FDA siguen controlando las vacunas para detectar problemas poco comunes o graves. Enrojecimiento, adormecimiento en la zona de inyección, alza térmica y sensación de fatiga. Las investigaciones de seguridad desarrollados por la OMS con la VPH demuestran que tiene un nivel de protección de seguridad (MINSa, 2019)

La vacuna está contraindicada si es que existe alguna reacción alérgica grave (anafilaxis) con alguna dosis de esta. No se recomienda para embarazadas o para personas que estén moderada o gravemente enfermas. Se puede administrar simultáneamente con otras vacunas del esquema de vacunación. Esta vacuna también ofrece beneficios si la persona ya es sexualmente activa, ya que si tienen una cepa del VPH, podría beneficiarse con la vacuna ya que puede protegerla contra otras cepas que aún no se haya contagiado. Sin embargo, ninguna de las vacunas puede tratar una infección por el VPH existente. Por lo tanto la vacuna protege solo contra cepas específicas del virus a las cuales no se haya expuesto (MINSa, 2019)

2.2.2. Virología y Clasificación del VPH

El ciclo vital de los virus del papiloma humano está estrechamente ligado al crecimiento y diferenciación de las células epiteliales hospederas, inicia su ciclo productivo infectando a las células poco diferenciadas de las capas basales del epitelio, donde inicia la transcripción de sus genes. La forma en que el virus del papiloma humano alcanza las células de los estratos bajos del epitelio es a través de lesiones, micro heridas y abrasiones del tejido. El virus se une a su célula blanco a través de un receptor de membrana, la molécula $\alpha 6$ - Integrina. Una vez ocurrida la infección el virus se establece dentro del núcleo de las células basales. El DNA viral permanece en estado episomal (circular) fuera de los cromosomas del hospedero, replicándose a niveles muy bajos en coordinación con la división celular .

Cuando las células infectadas se diferencian y migran desde la capa basal hacia el estrato espinoso del epitelio, la replicación viral se estimula, produciendo la acumulación de viriones dentro del núcleo. El análisis de las moléculas de ARN mensajero viral durante las diferentes etapas de diferenciación de las células infectadas demuestra que la expresión de los genes

tempranos ocurre a lo largo de todos los estratos epiteliales, sin embargo, la expresión de los genes tardíos se observa únicamente en los queratinocitos totalmente diferenciados de los estratos más superficiales al parecer siguen fases bien definidas pero variables en la infección transitoria y en el desarrollo de lesiones premalignos y malignas del cuello uterino que se han determinado por medio de marcadores celulares.

Para que estos permanezcan en la población general deben completarlo. Los virus del papiloma humano no presentan una fase lítica, por lo tanto, se valen de las características propias de las células que los albergan para propagar su progenie, la cual es liberada cuando las células terminales del estrato corneo sufren un proceso de descamación (47). Cuando se estudian las lesiones histológicas y los marcadores moleculares, en un mismo tipo de lesión histológica puede mostrar diferentes marcadores, y dentro de una misma biopsia puede haber diferentes expresiones. Estas anomalías tempranas en el ciclo viral pueden desencadenar el desarrollo de lesiones NIC o del CCU. Es decir, los marcadores celulares pueden constituir técnicas adecuadas para mejor predecir el futuro de las lesiones.

2.2.3. Clasificación del VPH

2.2.3.1. Clasificación de riesgo Tipo de VPH Patología presentada Alto riesgo: Los virus 16, 18, 31, 33, 35, 39,45, 51, 52, 56, 58, 59, 73, 82.

- Cáncer cervical - Cáncer de vulva - Cáncer de vagina - Cáncer de ano, - Cáncer de pene - Cáncer orofaríngeo

2.2.3.2. Patología Probable alto riesgo: Los virus 26,53, 66, 68

Asociación a cáncer - Lesiones precancerosas no confirmada

2.2.3.3. Patología de Bajo riesgo: Los virus 6, 11, 40,42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81.

- Verrugas genitales - Displasia cervical debajo grado – Papilomatosis respiratoria recurrente.

2.2.3.4. Patología de Riesgo no determinado: Los virus 34, 57, 83.

- Verrugas, Condilomas genitales - Patología de las vías aéreas.

2.2.4. Epidemiología de la Enfermedad

El VPH está considerado como el mayor causante de ITS a nivel mundial. Tanto la mujer como el hombre pueden ser portadores asintomáticos y vehículos de la infección por VPH. Aunque la

prevalencia de infección varía en las distintas zonas geográficas del mundo, se considera que cerca del 80 % de las mujeres se habrán infectado por, al menos, un tipo de VPH a lo largo de su vida.

Estudios epidemiológicos realizados en Europa en mujeres con citología normal, detectan una prevalencia media de infección por VPH del 8,2 %. La prevalencia es mayor en las mujeres jóvenes, y a los 25 años de edad se sitúa sobre el 25 %. Más allá de los 30 años, la tasa de infección se reduce a un 5-10 % y vuelve a elevarse a partir de los 40-45 años.

En varones la prevalencia de infección es más elevada que en las mujeres, con una tasa media estimada del 65 % entre los 18 y 70 años, y se mantiene estable a lo largo de la vida. Ello es debido a que en el varón persiste durante más tiempo el VPH en la mucosa. Una revisión sistemática de la prevalencia genital del VPH en hombres mayores de 15 años concluyó que la prevalencia alcanzó su punto máximo a edades ligeramente mayores que en las mujeres y luego se mantuvo constante o disminuyó ligeramente con el aumento de la edad (Bruni L. 2023).

El VPH se transmite principalmente por vía sexual a través del contacto entre las superficies mucosas y cutáneas de sujetos previamente infectados por distintos genotipos de papilomavirus. La conducta sexual es un factor que determina el mayor o menor riesgo de infección:

- La edad precoz en el inicio de las relaciones sexuales se asocia a mayor riesgo de prevalencia. Datos epidemiológicos en España (estudio AFRODITA) sitúan la edad de la primera relación sexual entre los 17 y 21 años, aunque en más de un 7 % de las mujeres se reduce a los 14-16 años. En el estudio CLEOPATRA el 21,8 % de los adolescentes de 15 y 16 años ha tenido la primera relación sexual y un 4 % por debajo de los 14 años y en el estudio de la Universidad Pontificia de Comillas “Adolescencia y riesgo” de 2009 considera que 1 de cada 5 adolescentes ha tenido relaciones sexuales completas antes de los 14 años.
- El número de compañeros sexuales a lo largo de toda la vida sexual es el factor correlacionado con un mayor riesgo de infección, estimándose un incremento de un 3-5 % por cada compañero sexual para la infección por VPH 16 y 18. Un incremento del

número de contactos sexuales de la pareja masculina de una mujer, aumenta el riesgo de infección de esta.

- El riesgo estimado de contagio tras una relación sexual sin protección con una persona infectada es elevado y oscila entre el 40 y el 80 %. El uso de preservativo reduce, pero no elimina el riesgo de transmisión sexual.
- La infección por un determinado genotipo es escasamente inmunógena, sobre todo en varones, y no protege de las causadas por otros genotipos o incluso de reinfecciones ante la reexposición al virus. Esto conlleva que, en casos de múltiples contactos sexuales, puede existir un solapamiento entre aclaramientos y reinfecciones, condicionando una cronificación de la infección.

Existe la posibilidad, aunque infrecuente, de transmisión vertical al recién nacido durante el parto, si la madre está infectada por determinados tipos de VPH. En estos casos puede producirse una papilomatosis respiratoria recurrente en el niño, entidad poco frecuente, pero con una alta morbimortalidad y un tratamiento difícil.

La mayoría de las infecciones por VPH son transitorias y no causan problemas clínicos. En la mayoría de los casos la infección se resuelve espontáneamente, generalmente entre los 12 y 24 meses en mujeres y entre los 6 y 12 meses en los varones. En un 3-10·% de las mujeres infectadas por los VPH de alto riesgo la infección se vuelve persistente y constituyen el grupo de riesgo de desarrollo de neoplasias. La persistencia y la enfermedad son más comunes en las infecciones por los tipos de VPH 16 y 18 que en otros tipos de alto riesgo. En estas, distintos cofactores incrementan la posibilidad de progresión de las lesiones preneoplásicas, que con los años pueden evolucionar a un cáncer invasor del tracto genital.

En cuanto a los varones, un metaanálisis encontró que las infecciones por VPH entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) son muy comunes en los sitios anal, peneano, oral y uretral. Además los HSH VIH positivos tienen la mayor prevalencia de VPH anal (Taylor S. 2016). Un rápido aumento en la infección anal por VPH16 ocurre en la edad adulta temprana tanto en HSH VIH negativos como VIH positivos.

En un estudio multicéntrico, la prevalencia de infección por VPH fue mayor en niños abusados sexualmente (edad <1 año-13 años) que en el grupo control.

2.2.5. Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas de la infección por VPH varían según el genotipo viral y la respuesta inmunitaria del huésped. Pueden clasificarse en:

Infección asintomática: La mayoría de las infecciones por VPH no presentan síntomas y son eliminadas espontáneamente por el sistema inmunológico.

Verrugas anogenitales: Son lesiones exofíticas, indoloras y de aspecto papilomatoso que pueden aparecer en la vulva, el pene, el ano y la región perineal. Son causadas principalmente por los genotipos de bajo riesgo, como el VPH-6 y el VPH-11.

Lesiones intraepiteliales escamosas (sil): Pueden ser de bajo o alto grado y se manifiestan como cambios celulares en el epitelio cervical detectables mediante pruebas de tamizaje.

Cáncer anogenital y orofaríngeo: Los genotipos de alto riesgo, como el VPH- 16 y el VPH-18, pueden inducir cambios malignos en el epitelio del cuello uterino, el ano, el pene, la vagina y la orofaringe. Estas lesiones pueden ser asintomáticas en sus etapas iniciales y evolucionar a neoplasias invasivas si no se detectan y tratan a tiempo.

2.2.7. Aplicación del modelo de Adaptación en los cuidados de enfermería en pacientes con virus del papiloma humano

A través del proceso de atención de enfermería, los profesionales del cuidado deben ser muy sistemático y proceder a la aplicación del modelo de adaptación cuando considera principalmente los pasos de valoración de las conductas de los pacientes con diagnóstico de VPH, analizar los estímulos que afectan a esas conductas, proceder a la elaboración de un diagnóstico de enfermería sobre la situación adaptativa del paciente con el padecimiento, luego proceder al planteamiento de objetivos que favorezcan la adaptación, continuamente proceder con la intervenciones de enfermería (Sor, Callista 2022)

También en el control del virus de papiloma humano, el profesional de enfermería puede ejercer tres roles fundamentales que son el rol asistencial, investigador y educador hacia los pacientes que presenten este padecimiento y los efectos de sus complicaciones. En la intervención del profesional de enfermería es necesario que se aplique el tratamiento o se instruye sobre la pauta

a seguir en su domicilio por parte del paciente, a quien se debe citar para revisión posterior. Se realiza exploración de lesiones en genitales externos para aplicar el tratamiento o indicar al paciente donde aplicarlo: vulva, glande y meato uretral, prepucio y surco balano prepucial, tallo del pene, escroto y región anal.

Además, es importante la intervención a tiempo del profesional de enfermería en el cuidado, aplicación y orientación del tratamiento a las mujeres con VPH a quienes se les puede cuidar desde el modelo de Adaptación que resulta muy oportuno de ser aplicado en las féminas con VPH, porque un alto porcentaje todos los cánceres cervicales son causados por el virus del papiloma humano, un virus común que se disemina a través de las relaciones sexuales. Existen muchos tipos de virus del papiloma humano y algunas cepas de este virus llevan al cáncer cervical. Por lo que, las lesiones precursoras del carcinoma del cuello uterino, son lesiones de tipo neoplásico, pero que afectan solo el epitelio (intraepiteliales), es decir, se encuentran por encima de la membrana basal que separa el epitelio escamoso del estroma. El conjunto de estas alteraciones se denomina: Neoplasia Intraepitelial (NIE) o displasia epitelial, y se desarrollan característicamente en la zona de transformación, del cuello uterino (Sor, Callista 2022)

2.2.8. Vacunas frente al Virus del Papiloma Humano.

El desarrollo de las vacunas profilácticas para VPH se ha centrado en una proteína estructural de la envoltura externa del virus obtenida mediante técnicas de ingeniería genética (proteína L1). Esta proteína se autoensambla cuando se expresa en cultivos de células eucariotas y forma partículas similares al virus (virus-like particles o VLPs) que son capaces de inducir una respuesta inmunitaria de anticuerpos neutralizantes que permite prevenir la infección por VPH. Estas VLPs al no contener genoma viral no pueden causar infección ni tienen potencialidad para causar lesiones neoplásicas.

Las vacunas son meramente profilácticas, ofreciendo la posibilidad de prevenir la infección inicial por el VPH frente a los genotipos incluidos en ellas, sin efecto terapéutico alguno sobre la infección ya establecida previamente ni sobre las potenciales lesiones secundarias a la misma. Actualmente, existen tres vacunas profilácticas frente al VPH registradas y autorizadas a través del procedimiento centralizado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA): la vacuna bivalente Cervarix (vacuna VPH-2), la vacuna tetravalente Gardasil (vacuna VPH-4) y la vacuna monovalente Gardasil 9 (vacuna VPH-9).

2.2.9. Tipos de Vacunas, Composición y Presentación

Se trata de vacunas inactivadas: contienen proteínas estructurales L1 (VLPs) no infecciosas obtenidas por técnicas de recombinación genética:

- Cervarix, GlaxoSmithKline (ficha técnica revisada en abril de 2017): contiene VLPs de los genotipos de alto riesgo VPH16 y VPH18. Se producen por recombinación genética mediante la utilización de un sistema de expresión en baculovirus. Está adyuvada con AS04, sistema adyuvante que contiene hidróxido de aluminio y monofosforil lipido A (MPL).
- Gardasil, MSD (ficha técnica revisada en junio de 2017): contiene VLPs de los genotipos de alto riesgo oncogénico VPH16 y VPH18 y de los de bajo riesgo oncogénico VPH6 y VPH11. Se producen por recombinación genética mediante la utilización de un sistema de expresión que utiliza células derivadas de *Saccharomyces cerevisiae*. Está adyuvada con hidroxifosfato sulfato de aluminio amorfo.
- Gardasil 9, MSD (ficha técnica revisada en enero de 2018): contiene VLPs de los genotipos de alto riesgo oncogénico VPH16, VPH18, VPH31, VPH33, VPH45, VPH52, VPH58 y de los de bajo riesgo oncogénico VPH6 y VPH11. Se producen por recombinación genética mediante la utilización de un sistema de expresión que utiliza células derivadas de *Saccharomyces cerevisiae*. Está adyuvada con hidroxifosfato sulfato de aluminio amorfo.

2.2.10. Inmunogenicidad, Eficacia y Efectividad

Inmunogenicidad:

Todos los preparados vacunales han mostrado en los estudios una elevada inmunogenicidad, con tasas de seroconversión próximas al 100 % para las tres vacunas.

- Vacuna VPH-2 (*Cervarix*)

La vacuna VPH-2 presenta en mujeres de 15 a 25 años tasas de seroconversión del 100 % tras la vacunación con tres dosis, manteniendo a los 8 años tasas de seropositividad >98 % con titulaciones 11 veces superiores a las generadas por la infección natural para ambos genotipos de VPH.

Esta vacuna ha demostrado, en el estudio HPV-048, la no inferioridad con 2 dosis (0 y 6 meses) en chicas entre 9 y 14 años, frente a la pauta de 3 dosis en chicas de su misma edad y de hasta 25 años, no solo para VPH 16 y 18, sino también para VPH 31 y VPH 45, que ha servido para la autorización, en febrero de 2014 por parte de la EMA, de la pauta de 2 dosis en chicas de 9 a 14 años. En este estudio, se observó esta no inferioridad durante 4 años seguidos. A partir de 15 años se mantiene la posología con 3 dosis hasta tener más datos.

La inmunogenicidad en varones fue evaluada en 2 ensayos clínicos: HPV-011 (N=173) y HPV040 (N=556). Los datos demostraron una inmunogenicidad comparable entre varones y mujeres. En el estudio HPV-011, todos los sujetos seroconvirtieron para ambos tipos de VPH 16 y 18 y los niveles de GMT fueron no inferiores a los observados en mujeres de 15 a 25 años de edad en el estudio HPV-012.

- *Vacuna VPH-4 (Gardasil)*

La vacuna VPH-4 presenta en mujeres de 16 a 23 años tasas de seroconversión del 99-100 % para los tipos incluidos tras la vacunación con tres dosis, manteniéndose a los 10 años tasas de seropositividad >98 % para el VPH16 y del 65·% para el VPH18.

Esta vacuna ha demostrado, en el estudio de Dobson et al., la no inferioridad con 2 dosis (0 y 6 meses) en chicas entre 9 y 13 años, frente a la pauta de 3 dosis en chicas de su misma edad y de mujeres de 16 a 26 años, para VPH 16 y 18, que ha servido para la autorización en junio de 2014 de la pauta de 2 dosis en chicas y chicos de 9 a 13 años. En este estudio, se comprobó esta no inferioridad durante 3 años consecutivos. A partir de 14 años se mantiene la posología con 3 dosis hasta tener más datos.

- *Vacuna VPH-9 (Gardasil 9)*

La vacuna VPH-9 ha demostrado una adecuada Inmunogenicidad, que se mantiene durante un periodo de, al menos, 5 años en los estudios realizados. Induce una respuesta potente anti-VPH 6, anti-VPH 11, anti-VPH 16, anti-VPH 18, anti-VPH 31, anti-VPH 33, anti-VPH 45, anti-VPH 52 y anti-VPH 58. En todos los grupos analizados en los ensayos clínicos, 99,6 % al 100·% de los individuos que recibieron la vacuna VPH-9 fueron seropositivos para los anticuerpos frente a los 9 tipos vacunales en el mes 7. Las GMTs fueron mayores en niñas y niños que en mujeres de 16 a 26 años de edad y mayores en niños que en niñas y mujeres. En base a esta Inmunogenicidad puente, se infiere la eficacia de la vacuna VPH-9 en niñas y niños de entre 9 y 15 años de edad.

La vacuna VPH-9 ha demostrado la capacidad de inmunizar frente a los 9 tipos de VPH incluidos en el preparado vacunal VPH (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58), que causan aproximadamente el 90 % de los cánceres de cérvix, más del 95 % de los adenocarcinomas in situ, 75-85 % de las neoplasias cervicales intraepiteliales de alto grado, 85-90 % de los cánceres vulvares asociados con VPH, 90-95 % de las neoplasias vulvares intraepiteliales de alto grado asociados con VPH, 80-85 % de los cánceres vaginales asociados con VPH, 75-85 % de las neoplasias vaginales intraepiteliales de alto grado asociados con VPH, 90-95 % de los cánceres anales asociados con VPH, 85-90 % de las neoplasias anales intraepiteliales de alto grado asociados a VPH y 90 % de las verrugas genitales.

2.2.11. Eficacia Clínica de la Vacuna VPH

La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) es una de las estrategias más eficaces para prevenir diversos tipos de cánceres y verrugas genitales causadas por este virus. Cuando se administra antes del inicio de la actividad sexual idealmente entre los 9 y 14 años, la respuesta inmunitaria es más fuerte y la protección obtenida es máxima. Numerosos estudios clínicos a gran escala, con seguimiento a largo plazo, han demostrado la alta eficacia de las vacunas contra el VPH:

- **Prevención de lesiones precancerosas del cuello uterino (NIC 2/3):** Eficacia superior al 90 % en personas vacunadas antes de la exposición al virus.
- **Prevención de verrugas genitales:** Eficacia entre el 90 % y el 100 % frente a los subtipos 6 y 11.
- **Eficacia en varones:** Estudios muestran una protección de hasta el 90 % frente a verrugas genitales y cerca del 75 % frente a lesiones anales asociadas al VPH en hombres no expuestos previamente.
- **Vacunación en mujeres sexualmente activas:** Aunque la eficacia es menor después del inicio de la vida sexual (debido a la posible exposición previa), la vacuna sigue siendo útil al ofrecer protección frente a subtipos que aún no hayan sido adquiridos.

2.2.12. Efectividad de las Vacunas en Mujeres y Hombres

Las vacunas frente al VPH son vacunas profilácticas y, en principio, solo protegen frente a los VPH para los que la mujer no está infectada en el momento de la vacunación. Por ello, la mayor efectividad poblacional se obtendrá si todas las mujeres que se vacunan no están infectadas por VPH.

La cobertura de la vacunación es esencial para obtener una efectividad elevada en la población, independientemente de la eficacia de la vacuna a nivel individual. Es muy importante extender la vacunación a todas las adolescentes y mujeres adultas, al menos, hasta la edad de 26 años. No se recomienda realizar un cribado de infección por VPH de las mujeres que han iniciado su actividad sexual previa a la administración de la vacuna.

Con la introducción de la vacunación en los calendarios oficiales, se ha demostrado que la vacunación sistemática en chicas adolescentes produce una reducción significativa de la infección persistente por VPH con ambas vacunas. No obstante, las VLPs de los genotipos presentes en las vacunas VPH-2 y VPH-4 pueden llegar a prevenir a lo sumo entre un 70-80 % de los casos de cáncer de cérvix, ya que existen otros genotipos de VPH no cubiertos por las mismas. La vacuna VPH-9 aporta, en general e incluido nuestro medio, una ampliación de la cobertura global de la patología oncológica cervical por VPH del 70 al 90 %, así como una prevención potencial del 85-95 % de los cánceres vulvar, vaginal y anal relacionados con el VPH. A pesar de ello, todavía no podemos considerar que la vacunación pueda sustituir al cribado, si bien es posible que en un futuro se adapten las pautas del mismo en mujeres vacunadas para optimizar todas las estrategias preventivas disponibles.

- En mujeres

Desde hace varios años, se están empezando a publicar los datos de efectividad poblacional en países con vacunación sistemática frente al VPH en chicas adolescentes, fundamentalmente procedentes de Australia, algunos países europeos y Estados Unidos. En todos estos estudios se han observado los siguientes datos:

- Infección por VPH. En países como Estados Unidos y Reino Unido, se observa un descenso significativo de chicas infectadas entre las vacunadas, en comparación con las que no se han vacunado. Incluso se ha observado efectividad mediante protección cruzada en Escocia y Holanda con la vacuna VPH-2. En Escocia se ha comprobado una efectividad significativa también frente a la infección por los serotipos 31, 33 y 45, durante los primeros 7 años de la

vacunación sistemática. En Holanda se ha demostrado una alta efectividad de la VPH-2 frente a VPH-16/18 (92 %) y protección cruzada frente a VPH 45/35/31/52 (35 %) con una duración de, al menos, 6 años.

- Verrugas genitales. En Australia, con un programa de vacunación sistemática con VPH-4 en chicas adolescentes a los 12-13 años de edad desde el año 2006 con altas coberturas (del 85 %) (además se realizó un rescate en chicas de hasta 26 años que finalizó en 2009), se observó un impacto muy precoz (ya desde 2011) en verrugas genitales, con una casi eliminación de esta patología en chicas y chicos heterosexuales de hasta 30 años. El efecto de inmunidad de grupo en chicos (que han comenzado también a vacunarse de forma sistemática a partir del año 2013) ha sido muy importante en este país.

En otros países con vacunación con VPH-4 también se ha demostrado una alta efectividad para esta patología, aunque el efecto de inmunidad de grupo en varones no vacunados no ha sido en países europeos como el observado en Australia. Probablemente la mayor movilidad poblacional en Europa hace que se diluya el efecto de inmunidad de grupo sobre los chicos en países donde se vacuna solo a las chicas.

- Lesiones preneoplásicas cervicales. Ya se han comenzado a observar los primeros efectos sobre esta importantísima variable en países con altas coberturas de vacunación y buenos programas de seguimiento epidemiológico, como es el caso de Australia. En este país se ha documentado ya un porcentaje de protección sobre lesiones preneoplásicas de alto grado (CIN 2/3) superior al 50 %, que es esperable que vaya incrementándose conforme se sigan extendiendo las cohortes vacunadas.

Las mayores reducciones se dieron en las cohortes vacunadas a menor edad, con una protección para las lesiones de bajo grado del 47 % y de hasta un 85 % para las de alto grado con la vacuna VPH-4. En este país, también se ha apreciado cierta inmunidad de grupo para esta variable, ya que se ha visto un descenso de lesiones preneoplásicas también en mujeres no vacunadas, probablemente por un descenso de la circulación de los tipos vacunales en la comunidad. La vacunación con VPH-2 también ha demostrado una reducción de lesiones preneoplásicas en chicas vacunadas a los 15-18 años, con una disminución del 50 % para CIN2 y 55 % para CIN3 a los 20-21 años de edad en Escocia.

- **Cáncer cervical:** aunque es una carta al editor, Finlandia ha publicado datos de protección frente al cáncer cervical con una efectividad del 100 %. Es el primer resultado frente a cáncer publicado con estas vacunas.

- En varones

La carga de la enfermedad relacionada con el VPH en varones se va documentando cada vez mejor, obteniéndose más datos que confirman el importante papel del hombre.

En primer lugar, el hombre actúa como el principal transmisor a las mujeres, existiendo una prevalencia general del virus en el hombre de entre 18 y 70 años de hasta el 65 %. En España, la incidencia en varones adultos jóvenes es de en torno al 35·%, no observándose diferencias entre varones menores y mayores de 35 años.

En segundo lugar, el VPH es el responsable de una importante parte de cierta patología oncológica propia del varón (cáncer de pene) o de ambos sexos, como el cáncer de ano y del área ORL, si bien para estos últimos es más frecuente en el sexo masculino. El 84 % de los casos del cáncer de ano y sus lesiones precancerosas, y el 47 % del cáncer de pene, está relacionado con la infección por VPH, siendo los tipos 16 y 18 los responsables en más del 95 % de los casos causados por este virus. En cuanto al cáncer del área ORL (boca, orofaringe, laringe), parece que el virus podría tener un papel cada vez más prevalente, mayor incluso que el 20-30 % que se estimaba hasta hace poco (Somogyi Liliane, García Marilyn 2021)

En modelos matemáticos, se aprecia que de todos los cánceres relacionados con el VPH en Europa, el 32 % corresponderían a varones y el 68 % a mujeres, a expensas fundamentalmente del cáncer de cabeza y cuello, que aportaría un 26 % a esa cifra del 32 %.

En algunos países se ha observado cierta influencia en la carga de la enfermedad por el VPH en el hombre como consecuencia de la vacunación sistemática de las mujeres. Por ejemplo, en Australia, con el amplio programa de vacunación en mujeres adolescentes y jóvenes, con una cobertura del 70 % con 3 dosis, se ha observado una reducción de las verrugas genitales en varones menores de 30 años en el año 2011, confirmándose el efecto rebaño. Sin embargo, en otros países europeos no se ha visto este efecto rebaño en varones con la vacunación sistemática de las mujeres como en Australia. La principal hipótesis para explicar esta discrepancia consiste en que, mientras en Australia hay una escasa movilidad de las personas y menor inmigración, en Europa la movilidad de la población es mayor, por lo que el contacto con mujeres no vacunadas procedentes de otros países es mayor.

La única vacuna para la que ha sido evaluada la eficacia clínica mediante ensayos para varones es la VPH-4. Con esta vacuna se ha confirmado una eficacia del 90 % en la prevención de las verrugas genitales en varones, así como sobre lesiones precancerosas y cancerosas de ano. Sin embargo, no disponemos aun de datos de prevención sobre patología oncológica, ni siquiera preneoplásicas, del área oro-faringo-laríngea.

Con la vacuna VPH-2, solo se tienen datos de inmunogenicidad en un estudio con 181 varones, observándose, como era de esperar, una respuesta inmunitaria normal y equiparable a la de las mujeres. No se ha realizado ningún estudio para evaluar la eficacia de Cervarix frente a las lesiones anales premalignas. Sin embargo, los estudios realizados en niñas de 9 a 14 años (estudio HPV-071) y en mujeres de 18 a 45 años (estudio HPV-010) han demostrado, de forma consistente, que la respuesta inmune obtenida con VPH-2 es superior a la obtenida con el comparador, para el que los datos de eficacia frente a las lesiones anales pre malignas han demostrado protección de forma concluyente y por esto ha sido autorizada esta vacuna también en varones.

Actualmente, solo algunos países vacunan a varones adolescentes en calendario, como EE.UU., Canadá, Australia, Brasil, Argentina, Austria, Bélgica, Suiza y algunas regiones de Italia. En EE.UU., desde 2010, los CDC y la AAP la recomiendan para todos los varones de 11 a 21 años, además de una recomendación individualizada de 22 a 26 años para situaciones especiales de riesgo y en la actualidad ya están utilizando la vacuna VPH-9 de forma sistemática. En Canadá (desde 2012) y en Australia (desde 2013) también se comenzó la vacunación sistemática en varones de 9 a 26 años y de 12 a 15, respectivamente.

Actualmente existe un debate abierto sobre la estrategia de vacunación en varones. Los primeros análisis demuestran que la vacunación en varones podría ser coste-efectiva en situaciones de cobertura vacunal baja-moderada en niñas adolescentes. Por otro lado, está emergiendo el debate acerca de la equidad entre sexos para la prevención de patología oncológica mediante esta vacunación, como está ocurriendo en el Reino Unido. En este país, se está argumentando que el cáncer anal y del área ORL están claramente en aumento, pudiendo este último superar al cáncer de cérvix en el año 2020, según las predicciones. Además, el cáncer de la zona ORL no tiene medidas preventivas basadas en el cribado, por lo que parte en inferioridad con el cáncer de cérvix. A pesar de que el JCVI no ha recomendado en 2017 la implantación sistemática de esta estrategia, con el objetivo de priorizar los recursos económicos

en otras medidas de salud pública más eficientes, reconoce el beneficio individual que proporcionaría a los varones.

La AEP propone la vacunación frente al VPH en varones. Las vacunas para esta recomendación deberían ser preferentemente VPH-4 o VPH-9, con las que hay amplia experiencia en varones, tanto en ensayos clínicos como en calendarios oficiales.

2.2.13. Vías de Administración

Las dos se aplican por vía intramuscular. No hay datos disponibles sobre la administración subcutánea.

2.2.14. Indicaciones y Esquemas de Vacunación

La AEP propone la vacunación sistemática frente al VPH de todas las chicas, preferentemente a los 12 años, para prevenir el cáncer cervical, anal y las lesiones precancerosas del tracto genital en la mujer. Se debe informar y recomendar también la vacunación a los chicos por los beneficios directos demostrados

La vacuna VPH-4 está indicada a partir de los 9 años de edad para la prevención de:

- Lesiones genitales precancerosas (cervicales, vulvares y vaginales) y cáncer cervical relacionadas

causalmente con ciertos tipos oncogénicos del VPH.

- Lesiones anales precancerosas relacionadas causalmente con VPH 16 y 18 y la prevención de neoplasia anal intraepiteliales de cualquier grado causada por VPH 6, 11, 16 y 18 en ambos sexos de 9 a 26 años de edad.

- Verrugas genitales externas (condilomas acuminados) relacionadas causalmente con tipos específicos del VPH en ambos sexos de 9 a 26 años.

La vacuna VPH-2 está indicada a partir de los 9 años de edad para la prevención de:

- Lesiones genitales precancerosas (cervicales, vulvares y vaginales) y cáncer cervical relacionadas causalmente con ciertos tipos oncogénicos del VPH.

- Lesiones anales precancerosas relacionadas causalmente con VPH 16 y 18 y la prevención de neoplasia anal intraepiteliales de cualquier grado causada por VPH 16 y 18 en ambos sexos de 9 a 26 años de edad.

La vacuna VPH-9 está indicada para la inmunización activa de individuos de ambos sexos a partir de los 9 años de edad frente a las siguientes enfermedades por VPH:

- Lesiones precancerosas y cánceres que afectan al cuello de útero, vulva, vagina y ano causados por los tipos del VPH de la vacuna.
- Verrugas genitales (Condiloma acuminada) causados por tipos específicos del VPH.

Esquemas de vacunación

Las 3 vacunas están autorizadas a partir de los 9 años de edad.

2.2.15. Efectos adversos de las Vacunas

Estas vacunas, tanto los ensayos clínicos realizados como el seguimiento post comercialización, tras más de 300 millones de dosis administradas en el mundo, han demostrado ser seguras, con un balance beneficio/riesgo muy favorable, por lo que las principales instituciones sanitarias internacionales continúan apoyando la vacunación sin reticencias. Los datos derivados de las revisiones de los ensayos clínicos concluyen que son vacunas muy seguras en ambos sexos. En un estudio de revisión publicado por los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), con datos del periodo poscomercialización 2006- 2013 en EE. UU., se confirma el buen perfil de seguridad de la VPH-4. Se ha descartado la asociación de estas vacunas con el desarrollo de enfermedades autoinmunes y neurológicas.

En junio de 2017, la OMS, a través del Global Advisory Committee on Vaccine Safety, reafirmó una vez más su adecuado perfil de seguridad, tras revisar todos los datos existentes, y constató que los efectos adversos más frecuentes son la reactogenicidad local y el dolor muscular generalizado y que no hay relación con el síndrome de Guillain-Barré, la taquicardia paroxística, el dolor crónico, el tromboembolismo venoso o el fallo ovárico precoz. Los efectos adversos más frecuentes son la reactogenicidad local (específicamente el dolor local) y el dolor muscular generalizado, generalmente leves y bien tolerados. Algunos pacientes presentan cefalea, y raramente fiebre.

Se han comunicado algunas reacciones alérgicas en pacientes sensibilizadas a alguno de los componentes y se evidencia un incremento de declaraciones de síncope tras la administración de vacunas en adolescentes y jóvenes, que se consideran debidos a reacciones vagales, que son más frecuentes en este grupo de edad.

Un estudio local en EE. UU., en el que se siguió de forma prospectiva durante 6 meses a más de 189.000 mujeres de entre 9 y 26 años vacunadas con la vacuna VPH-4, no observó ningún tipo de asociación con la aparición de las 18 principales enfermedades autoinmunitarias, incluyendo las de tipo neurológico y reumatoide.

Un estudio realizado en Dinamarca y Suecia, con más de 780 000 niñas y mujeres de entre 10 y 44 años, inmunizadas con VPH-4, ha demostrado la falta de asociación entre el empleo de esta vacuna y el desarrollo de esclerosis múltiple u otras enfermedades desmielinizantes.

En el Reino Unido, también se ha descartado la aparición de enfermedades autoinmunes y desmielinizantes en el año siguiente a la vacunación con el preparado VPH-2 en mujeres de entre 9 y 25 años. Se ha descartado recientemente la asociación de síndrome de Guillain-Barré con la VPH-4 en chicos y chicas vacunados de 9 a 26 años en EE. UU., con un registro de más de dos millones de dosis.

2.2.16. Precauciones y Contraindicaciones

Deben tenerse en cuenta las contraindicaciones y precauciones generales de todas las vacunas inactivadas.

Hipersensibilidad grave a alguno de los componentes de la vacuna.

No se recomienda en mujeres embarazadas.

No existen datos de seguridad, inmunogenicidad y eficacia en personas inmunodeprimidas ni en mujeres durante la lactancia.

2.2.17. Recomendaciones de Vacunación

- Calendario de vacunación del consejo interterritorial del sistema nacional de salud.

Actualizado en enero de 2020 con prolongación en 2022, mantiene la recomendación de vacunación sistemática en todas las comunidades autónomas a todas las chicas a la edad de 12 años y establece una posología de dos dosis.

- Comité Asesor de Vacunas de la AEP 2016

En el calendario de vacunaciones 2022 se mantiene la recomendación de vacunación sistemática de todos los chicos y chicas entre los 11 y los 12 años de edad.

La cobertura global de vacunación frente al VPH en niñas adolescentes no es la deseable, permaneciendo en cifras por debajo del 80 %, con una media del 77,8 % en 2020, a pesar de los

programas escolares de vacunación y la disminución de la edad de vacunación a los 12 años. El CAV-AEP considera imprescindible que todos los profesionales sanitarios estén adecuadamente informados sobre la efectividad y seguridad de estas vacunas y refuercen los mensajes positivos sobre esta vacunación, para mejorar la aceptación por parte de la población.

El CAV-AEP recomienda la vacunación de todos los adolescentes que no hubiesen recibido la vacuna por superar la edad fijada por cada comunidad autónoma para la vacunación sistemática.

Hay datos relevantes sobre el papel etiopatogénico del VPH en ciertos tipos de cáncer que afectan a ambos sexos, pero sobre todo con mayor incidencia en el varón, como el cáncer anal y el de cabeza y cuello. Además, en Europa no se ha observado que los varones se beneficien indirectamente por los programas de vacunación de chicas adolescentes.

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Operacionalización de variables

3.1.1. Variable Independiente

- Número de niños que fueron vacunados o rechazaron la vacuna VPH.
- Curso, edad, sexo de los niños que fueron vacunados o rechazaron la vacuna VPH
- Grado de instrucción de la madre.
- Ocupación de la madre.
- Número de madres que dejaron vacunar o que no dejaron vacunar a sus niños.
- Razón por la cual las madres dejaron vacunar a sus niños.
- Conocimiento de las madres sobre la enfermedad de cáncer de cuello de útero.
- Conocimiento sobre la formas de transmisión y síntomas de la enfermedad de cáncer de cuello uterino.
- Conocimiento sobre la prevención para evitar el contagio de VPH.
- Conocimiento de las madres sobre la vacuna VPH y para que sirve.
- Conocimiento de las madres de la edad en que se coloca la vacuna VPH a sus niños.
- De que medio de difusión escucho información de la vacuna VPH.

3.1.2. Variable Dependiente

- Conocimiento de las madres sobre la aceptación o rechazo a la vacuna VPH en niños y niñas de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban.

3.2. Enfoque Metodológico

El enfoque de la investigación es cuantitativo porque permitirá analizar y problemática desde el punto de vista cuantitativo para procesar e interpretar los resultados sobre el conocimiento de las madres sobre la aceptación o rechazo a la vacuna VPH en niños y niñas de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban del municipio de Porvenir (Hernández-Sampieri, 2010).

En la presente investigación se utilizó el enfoque *cuantitativo* para la recolección de datos para así obtener un resultado en porcentaje.

3.3. Tipo de Investigación

3.3.1. Tipo Descriptivo

La finalidad de los estudios descriptivos es buscar especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de las personas, grupos, poblaciones, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Cusi, 2018). Se busca determinar el conocimiento de las madres sobre la aceptación o rechazo a la vacuna VPH en niños y niñas de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban del municipio de Porvenir.

Se describe también la cobertura, curso que estudian, edad, sexo de los niños y niñas. El total de niños y niñas vacunados y los que rechazaron la vacuna.

3.3.2. Tipo Transversal

Es de tipo **transversal** que se ocupan de indagar y caracterizar procesos que se presentan de forma simultánea en un momento determinado” Cabe destacar que la aprensión en la recolección de datos de la presente investigación fue en un momento dado mediante una encuesta (Cusi, 2018). El estudio se llevó a cabo en el periodo de abril a junio gestión 2025.

3.4. Método de Investigación

3.4.1. Método Empírico

Estudio Observacional: Investigación en la cual los investigadores observan y registran sistemáticamente el comportamiento, las características o los fenómenos de interés sin intervenir ni manipular las variables del estudio. (Hernández-Sampieri, 2010)

Encuesta: Técnica utilizada para recopilar información y datos de una muestra de individuos o de una población específica (Hernández-Sampieri, 2010)

Durante el presente trabajo se aplicó una encuesta para determinar el conocimiento de las madres sobre la aceptación o rechazo a la vacuna VPH en niños y niñas de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban del municipio de Porvenir.

Método Estadístico: Enfoque utilizado en la investigación científica para recopilar, organizar, analizar e interpretar datos numéricos con el objetivo de describir y comprender fenómenos, establecer relaciones y realizar inferencias sobre una población o muestra en particular (Hernandez & Sampieri, 2011)

Se utilizó el método estadístico para organizar los datos recolectados en la encuesta.

3.5. Población y Muestra

3.5.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por 148 madres de los niños y niñas de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban, el cual representa al **universo** de estudio (SNIS/VE, Porvenir 2025)

3.5.2. Muestra

Consta de **30** madres de familia de niños de 10 a 14 años que estudian en la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban a las cuales se le aplicara el instrumento de recolección de datos en la localidad de Porvenir.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo **no probabilístico** por conveniencia de la investigadora, porque se realiza la encuesta resultados sobre el conocimiento de las madres sobre la aceptación o rechazo a la vacuna VPH en niños y niñas de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban del municipio de Porvenir.

3.6. Técnicas de recolección de datos o procedimientos utilizados

En el presente trabajo se empleó:

3.6.1. Técnica de estudio.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la **encuesta**, herramienta aplicada a las madres de niños y niñas de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban del municipio de Porvenir; sobre el conocimiento de la aceptación o rechazo a la vacuna VPH.

3.6.1.1. Instrumentos

Se procedió de la siguiente manera:

- Se recolecto datos con la aplicación de un **cuestionario** estructurado con **16** preguntas a 30 madres de niños y niñas de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban.
- Se realizó preguntas cerradas y abiertas de selección múltiple para una comprensión amplia e integral del tema de estudio.

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

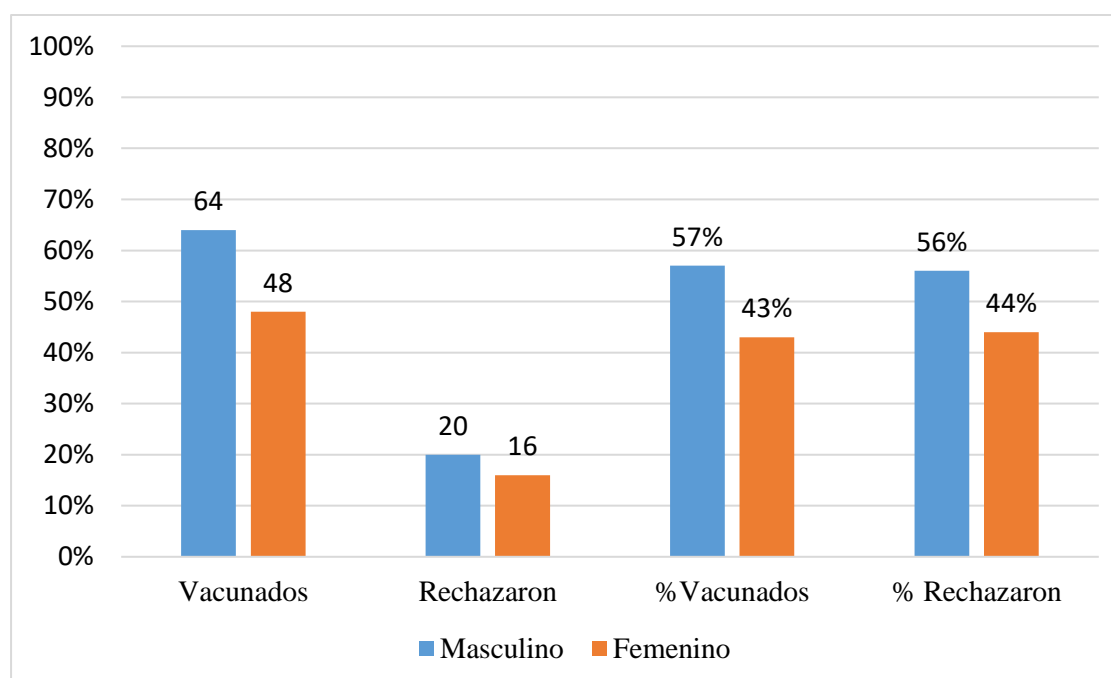
4.1. Resultados

Tabla 1. Número de niños y niñas de 10 a 14 años que fueron vacunados o rechazaron la vacuna VPH en la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban en los meses de abril a junio gestión 2025.

VARIABLES	Vacunados	Rechazaron	% Vacunados	% Rechazaron
Masculino	64	20	76%	24%
Femenino	48	16	75%	25%
TOTAL	112	36	151%	49%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 1. Porcentaje de niños y niñas de 10 a 14 años que fueron vacunados o rechazaron la vacuna VPH en la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban en los meses de abril a junio gestión 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

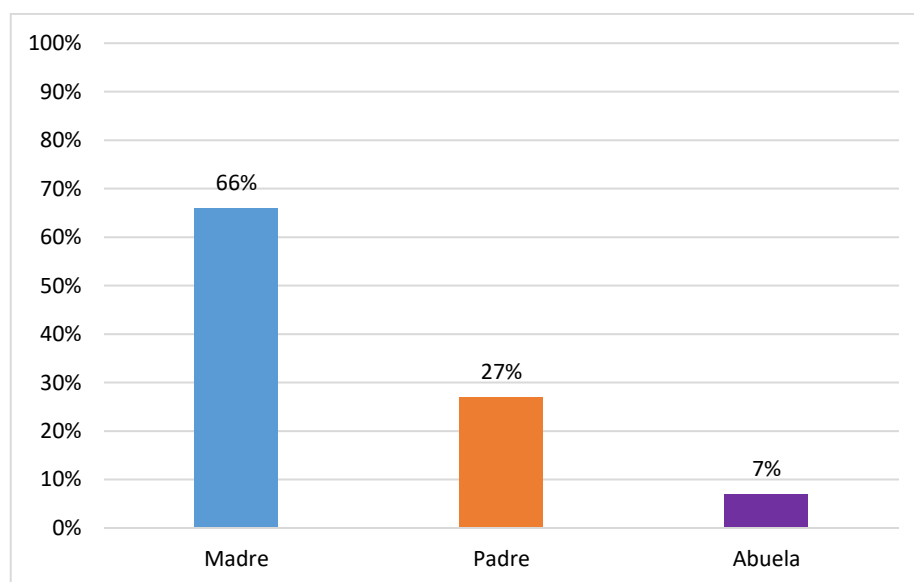
Interpretación: La cobertura de vacuna VPH en los meses de abril a junio 2025 es de: 76% niños de 10 a 14 años fueron vacunados con la VPH en los meses abril a junio y 24% no fueron vacunados porque sus madres rechazaron la vacuna. El 75% niñas de 10 a 14 años fueron vacunados con la VPH y 22% no fueron vacunados porque sus madres rechazaron la vacuna.

Tabla 2. Tutor que fue encuestado sobre la vacuna VPH por personal de Salud en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.

VARIABLES	Nº	PORCENTAJE
Madre	20	66%
Padre	8	27%
Abuela	2	7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 2. Porcentaje de Tutor que fue encuestado sobre la vacuna VPH por personal de Salud en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Interpretación:

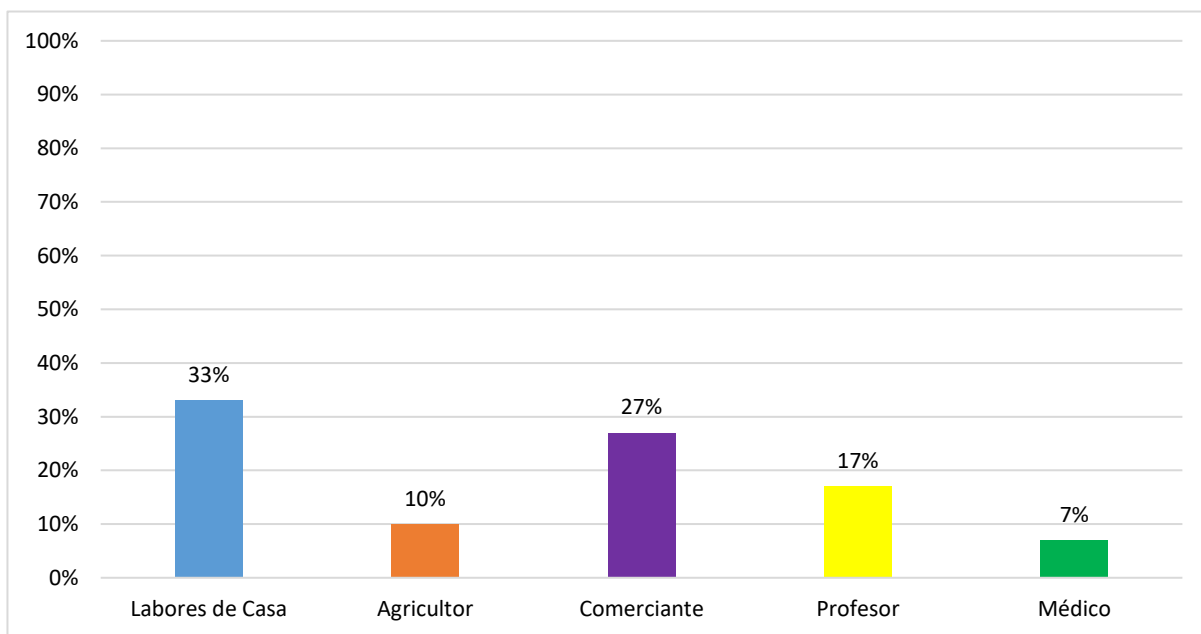
Como se aprecia en los datos presentados del 100% de tutor encuestados, el 66% fueron las madres, el 27% los padres, 7% las abuelas y 7%.

Tabla 3. Ocupación de las madres encuestadas en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.

VARIABLES	Nº	PORCENTAJE
Labores de Casa	10	33%
Agricultor	3	10%
Comerciante	8	27%
Profesor	5	17%
Médico	4	13%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 3. Porcentaje de Ocupación de las madres encuestadas en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Interpretación:

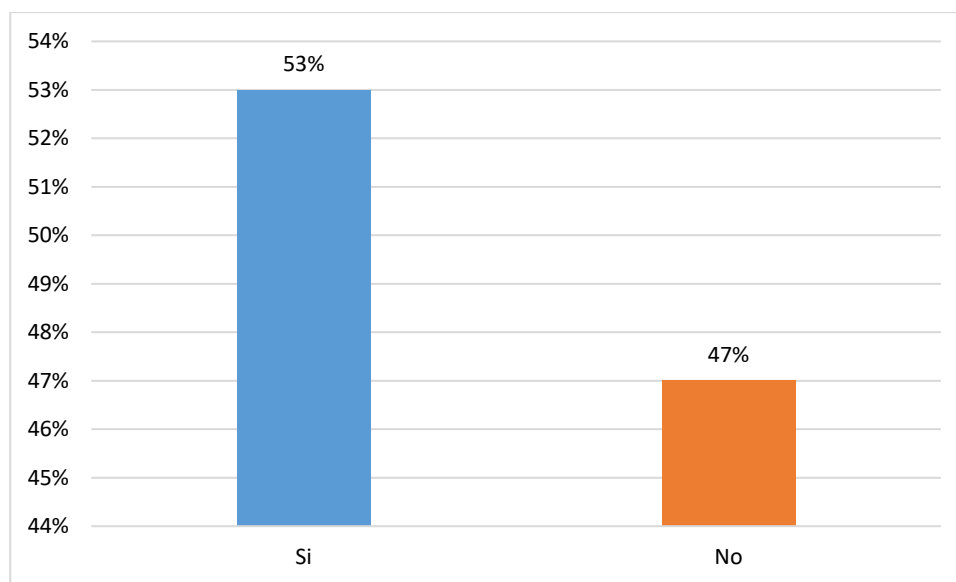
En relación a la Ocupación el 33% de las madres encuestadas se dedican a labores de casa, 27% es comerciante, 17% es profesor, 13% médico y 10% es agricultor.

Tabla 4. Número de niños de 10 a 14 años de madres encuestadas que aceptaron o rechazaron la vacunación por el personal de salud en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.

VARIABLES	Nº	PORCENTAJE
Si	16	53%
No	14	47%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 4. Porcentaje de niños de 10 a 14 años de madres encuestadas que aceptaron o rechazaron la vacunación por el personal de salud en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Interpretación:

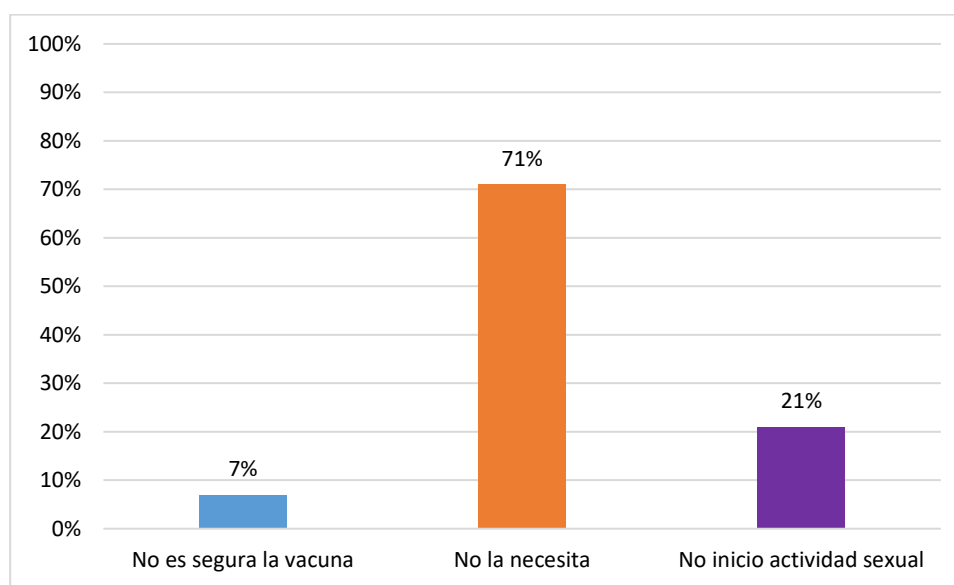
El 53% de las madres encuestadas refieren que sus niños fueron vacunados con la VPH y 47% rechazaron la vacunación.

Tabla 5. Razón por lo cual no dejo vacunar a su niño de 10 a 14 años contra la vacuna VPH por el personal de salud en los meses de abril a junio gestión 2025.

VARIABLES	Nº	PORCENTAJE
No es segura la vacuna	1	7%
No la necesita	10	71%
No inicio actividad sexual	3	21%
TOTAL	14	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 5. Porcentaje por lo cual no dejo vacunar a su niño de 10 a 14 años contra la vacuna VPH por el personal de salud en los meses de abril a junio gestión 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Interpretación:

Del 100% de madres que rechazaron la vacunación (14 niños que no fueron vacunados): El 71% de las madres refieren que no necesitan la vacuna sus niños, 21% no inicio el niño actividad sexual y 7% no es segura la vacuna.

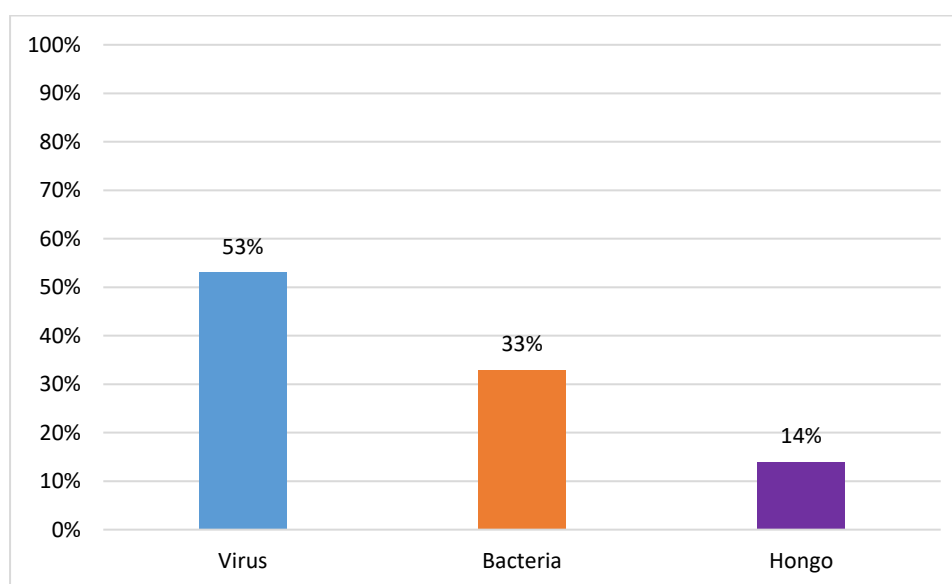
CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD PRODUCIDA POR EL VPH:

Tabla 6. Número de madres que tiene conocimiento sobre el agente causal de la enfermedad de cáncer cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.

VARIABLES	Nº	PORCENTAJE
Virus	16	53%
Bacteria	10	33%
Hongo	4	14%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 6. Porcentaje de madres que tiene conocimiento sobre el agente causal de la enfermedad de cáncer cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Interpretación:

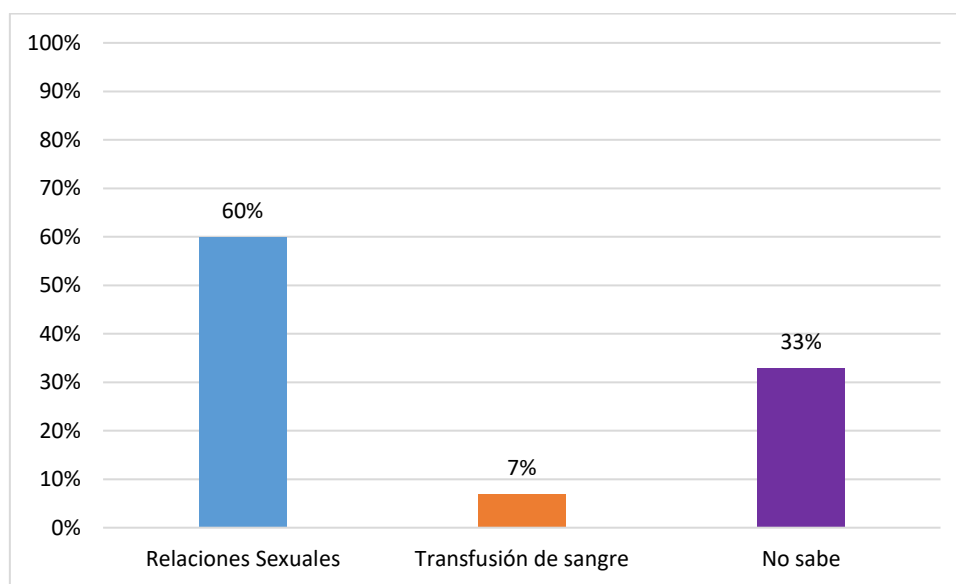
Como se aprecia en los datos presentados el 53% de las madres refirieron que es un virus el causante del cáncer cervicouterino, de pene y anogenital, un 33% una bacteria y 13% un hongo.

Tabla 7. Nro de madres que tienen conocimiento sobre la forma de transmisión de la enfermedad de cáncer cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.

VARIABLES	Nº	PORCENTAJE
Relaciones Sexuales	18	60%
Transfusión de sangre	2	7%
No sabe	10	33%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 7. Porcentaje de madres que tienen conocimiento sobre la forma de transmisión de la enfermedad de cáncer cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Interpretación:

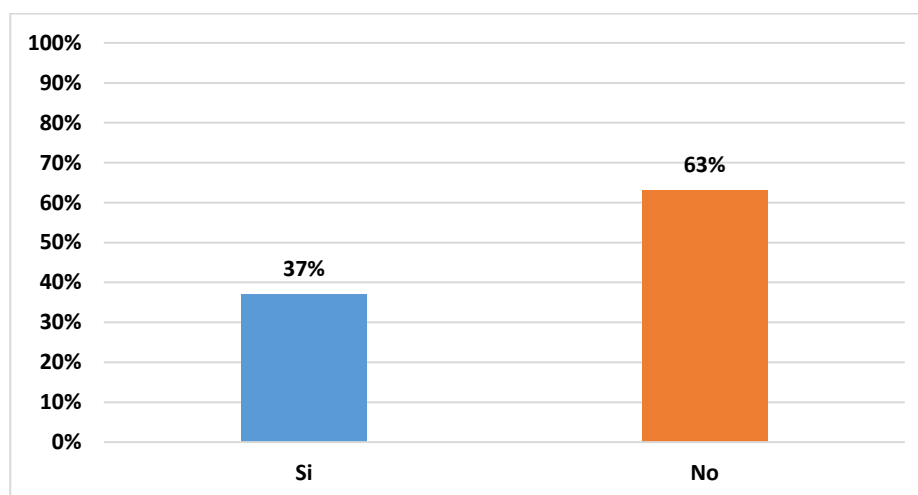
Se aprecia en los datos, que el 60% de las madres refieren que la enfermedad se transmite por relaciones sexuales, el 33% no sabe y 7% por transfusión de sangre.

Tabla 8. Nro de madres que tienen conocimiento sobre las manifestaciones clínicas de las enfermedades de cáncer cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.

VARIABLES	Nº	PORCENTAJE
Si	11	37%
No	19	63%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 8. Porcentaje de madres que tienen conocimiento sobre las manifestaciones clínicas de las enfermedades de cáncer cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Interpretación:

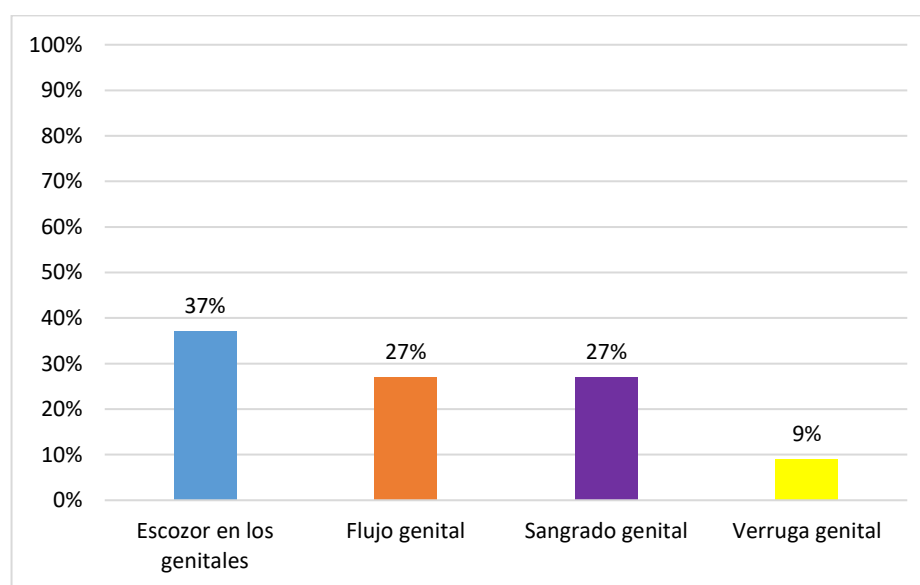
Como se observa el 63% de las madres encuestadas no conoce sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad y el 37% si conoce.

Tabla 9. Número de madres que conocen los síntomas de las enfermedades de cáncer, cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.

VARIABLES	Nº	PORCENTAJE
Escozor en los genitales	4	37%
Flujo genital	3	27%
Sangrado genital	3	27%
Verruga genital	1	9%
TOTAL	11	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 9. Porcentaje de madres que conocen los síntomas de las enfermedades de cáncer, cervicouterino, de pene y anogenital en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

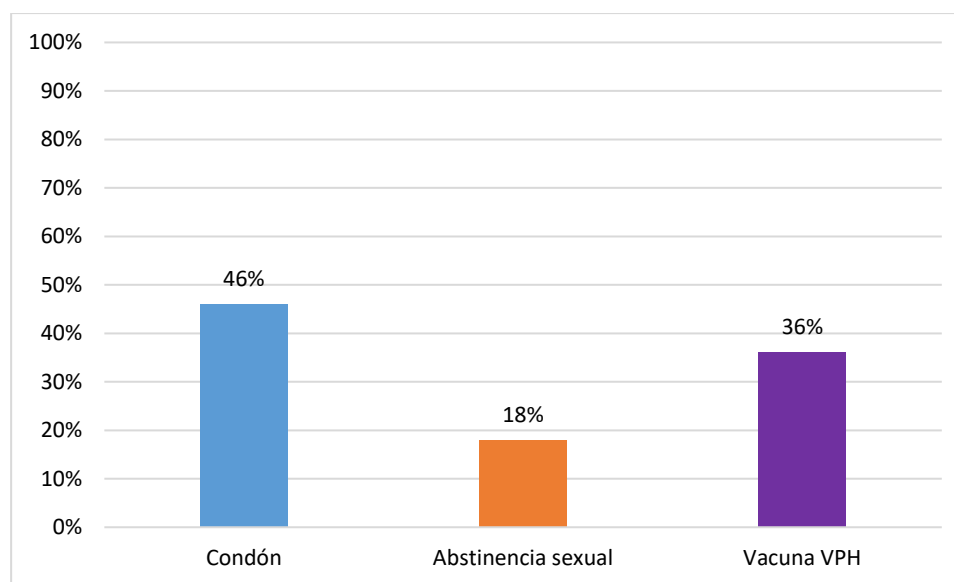
Interpretación: Del 100% (11 madres que si conocen) si conocen los síntomas de la enfermedad el 37% escozor en los genitales, 27% flujo genital, 27% sangrado genital y 9% verruga genital.

Tabla 10. Número de madres encuestadas que conocen sobre los métodos de prevención contra el VPH en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.

VARIABLES	Nº	PORCENTAJE
Condón	5	46%
Abstinencia sexual	2	18%
Vacuna VPH	4	36%
TOTAL	11	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 10. Porcentaje de madres encuestadas que conocen sobre los métodos de prevención contra el VPH en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Interpretación:

Como se detalla a continuación de las 11 madres que, si conocen sobre los métodos de prevención, el 46% refiere que la mejor forma de prevención es el condón, 36% que es la vacuna VPH y 18% la abstinencia sexual.

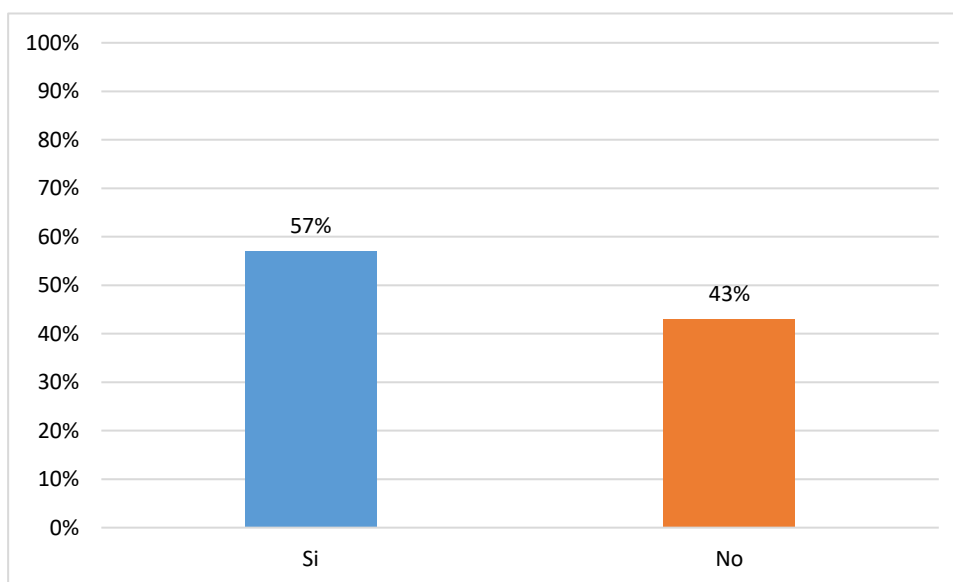
CONOCIMIENTO SOBRE LA VACUNA VPH:

Tabla 11. Número de madres que conocen si hay o no vacuna para combatir el cáncer producido por el VPH en el Centro de Salud San Martín de Porres en los meses de abril a junio gestión 2025.

VARIABLES	Nº	PORCENTAJE
Si	17	57%
No	13	43%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 11. Porcentaje de madres que conocen si hay o no vacuna para combatir el cáncer producido por el VPH en el Centro de Salud San Martín de Porres en los meses de abril a junio gestión 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Interpretación:

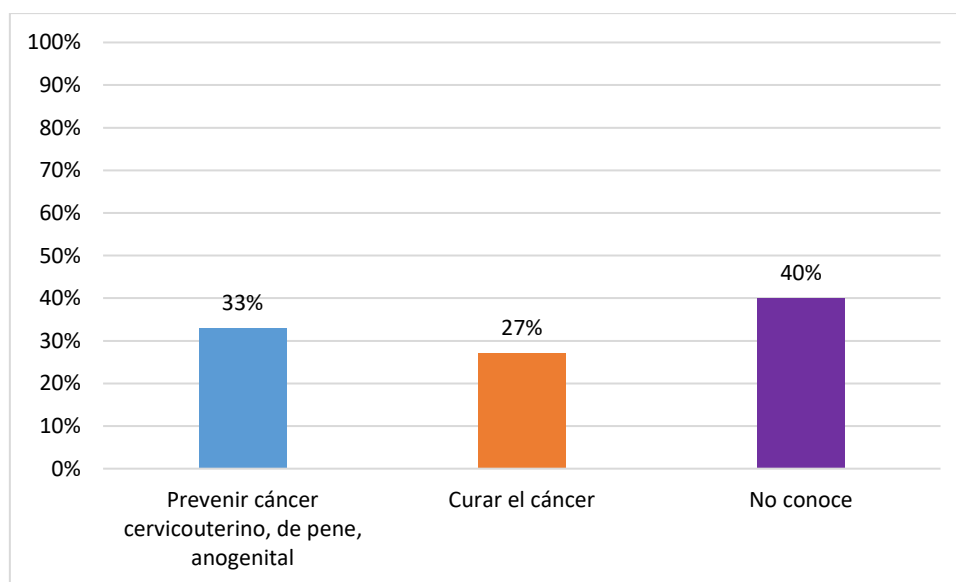
El 57% de las madres conocen que hay vacuna contra el VPH y 43% refiere que no conoce.

Tabla 12. Conocimiento de las madres sobre la función de la vacuna VPH en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.

VARIABLES	Nº	PORCENTAJE
Prevenir cáncer cervicouterino, de pene, anogenital	10	33%
Curar el cáncer	8	27%
No conoce	12	40%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 12. Porcentaje de Conocimiento de madres sobre la función de la vacuna VPH en la localidad de Porvenir en los meses de abril a junio gestión 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Interpretación:

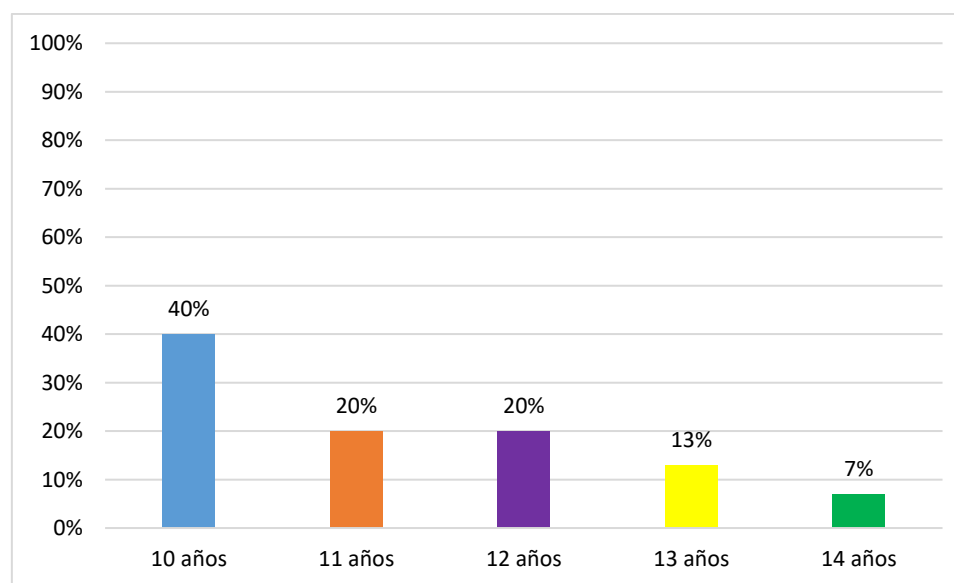
El 40% refiere que no conoce la función de la vacuna VPH, 33% que sirve para curar el cáncer y 27% prevenir enfermedades como el cáncer.

Tabla 13. *Conocimiento de las madres encuestadas sobre la edad en la que se vacuna la VPH en niños que acuden al Centro de Salud San Martín de Porres en los meses de abril a junio gestión 2025.*

VARIABLES	Nº	PORCENTAJE
10 años	12	40%
11 años	6	20%
12 años	6	20%
13 años	4	13%
14 años	2	7%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 13. *Porcentaje de conocimiento de las madres encuestadas sobre la edad en la que se vacuna la VPH en niños que acuden al Centro de Salud San Martín de Porres en los meses de abril a junio gestión 2025.*



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Interpretación:

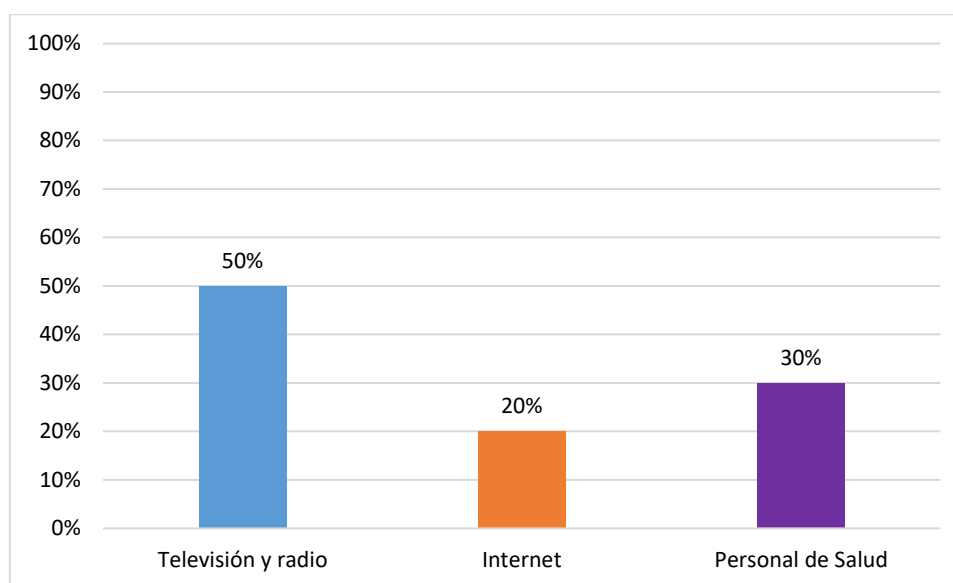
El 40% de las madres refieren que se coloca la vacuna para VPH a los 10 años, 20% a los 11 años, 20% a los 12 años, 13% a los 13 años y 7% a los 14 años.

Tabla 14. *Número de madres que recibieron información sobre la vacuna VPH en el Centro de Salud San Martín de Porres en los meses de abril a junio gestión 2025.*

VARIABLES	Nº	PORCENTAJE
Televisión y radio	15	50%
Internet	6	20%
Personal de Salud	9	30%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Gráfica 14. *Porcentaje de madres que recibieron información sobre la vacuna VPH en el Centro de Salud San Martín de Porres en los meses de abril a junio gestión 2025.*



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas aplicadas en la localidad de Porvenir.

Interpretación:

El 50% de las madres recibieron información de la vacuna VPH por medio de la televisión y radio, 30% por parte del Personal de Salud y 20% por internet.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

De acuerdo a los objetivos específicos planteados se puede concluir:

- En relación a los datos sociodemográficos las madres indicaron que sus niños cursan , El 6to curso de Primaria conformado por estudiantes de 10 años el 64% son masculinos y 36 femeninos, 3ero de Secundaria conformados por estudiantes de 14 años el 57% masculinos y 43% femeninos, 5to de Primaria conformado por estudiantes de 11 años el 56% son masculinos y 44% femeninos, 1ero de Secundaria conformado por 12 años el 54% son masculinos y 44% femeninos, 2do de Secundaria conformado por estudiantes de 13 años el 53% masculinos y 47% femeninos.
- En relación al grado de aceptación o rechazo de la vacuna VPH por parte de las madres encuestadas: El 53% refieren que sus niños fueron vacunados con la VPH y 47% rechazaron la vacunación. Del 100% de madres que rechazaron la vacunación (14 niños que no fueron vacunados): El 71% de las madres refieren que no necesitan la vacuna sus niños, 21% no inicio el niño actividad sexual y 7% no es segura la vacuna.
- En relación al conocimiento que tienen las madres sobre la enfermedad producida por el VPH: El 53% refieren que es un virus el causante del cáncer cervicouterino, de pene y anogenital, un 33% una bacteria y 13% un hongo. El 60% que se transmite por relaciones sexuales, el 33% no sabe y 7% por la picadura del mosquito, 7% por transfusión de sangre. El 63% no conoce sobre las manifestaciones clínica de la enfermedad y el 37% si conoce. Del 100% (11 de las madres que si conocen) refieren que los síntomas 37% escozor en los genitales, 27% flujo genital, 27% sangrado genital y 9% verruga genital. El 46% refiere que la mejor forma de prevención el condon, 36% que es la vacuna VPH y 18% la abstinencia sexual.
- En relación al conocimiento que tienen las madres sobre la vacuna VPH y si recibieron información por el personal de salud: El 57% conocen que hay vacuna contra el VPH y 43% no conoce. El 40% no conoce la función de la vacuna VPH, ,33% que sirve para

curar el cáncer y 27% prevenir enfermedades como el cáncer. El 40% refieren que se coloca la vacuna para VPH a los 10 años,20% a los 11 años,20% a los 12 años,13% a los 13 años y 7% a los 14 años. El 50% de las madres recibieron información de la vacuna VPH por medio de la televisión y radio,37% por parte del Personal de Salud y 20% por internet.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda que el personal de salud realice ferias de Información y de Educación Comunicación donde se dé a conocer acerca de la enfermedad producida por el VPH, que es el cáncer de pene, escroto, cáncer de orofaringe y sus complicaciones.
- Se recomienda realizar charlas Educativas donde se realice la orientación teórica y concientización a las madres de familia sobre la importancia de los beneficios y sobre las enfermedades que puede prevenirse con la aplicación de la vacuna VPH.
- Se recomienda al personal de Salud que debe realizar visitas domiciliarias y comunitarias integrales haciendo hincapié que la única forma de prevenir el cáncer de pene, escroto, orofaringe en los hombres es a través de las vacunas.
- Se debe gestionar ante el Gobierno Autónomo Municipal de Porvenir la impresión de medios informativos: Trípticos, banners sobre el tema de la vacuna de VPH, enfermedad de cáncer, consecuencias.

Bibliografía

- (2019). Obtenido de UNAM: <https://www.unamenlinea.unam.mx/recurso/83050-el-metodo-estadistico>
- Agustin. (2018). *Definición de Establecimientos de Salud de Atención Primaria*. Bogota.Colombia: <https://cdsa.aacademica.org/000-062/1276.pdf>.
- Ana. (Maria Leiva 2018). *Definición de Localidad*. Mexico: <https://cdsa.aacademica.org/000-062/1276.pdf>.
- Bourdieu. (Pierre 2009). *Las concepciones sobre la Práctica*. Francia: <https://academia-lab.com/enciclopedia/teoria-de-la-practica/>.
- Bruni. (L 2010). Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *J Infect Dis*. 2010;202(12):1789–1799. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21067372/>.
- Castellsagué. (Iftner T 2012). *Roura E, Vidart JA, Kjaer SK, Bosch FX, CLEOPATRE Spain Study Group*. USA: Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection of the cervix in Spain: the.
- Centers. (for Disease Control and Prevention 2007). Use of 9-Valent Human Papillomavirus (HPV) Vaccine.
- Cusi, E. (2018). *Semillas para la investigacion 2*. Pando, Bolivia: Sodespo Pando.
- Eckhart. (Tolle 2022). *Aceptación*. Ginebra.Suiza.: <https://academia-lab.com/enciclopedia/aceptacion/>.
- Fingermann. (H.2023). *26 de Julio 2023.Definición de rechazo*. Colombia: <https://deconceptos.com/ciencias-naturales/rechazo>.
- Grupo Apasia*. (2021). Obtenido de <https://grupoaspasia.com/es/glosario/metodo-de-investigacion-deductivo/>

- Hariri. (S,Bennett NM 2008). *The associated high grade cervical lesions following HPV vaccine introduction in the United States* -. USA: Nicolai LM, Schafer S, Park IU, Bloch KC, et al. Reduction in HPV 16/18.
- Hernandez, R., & Sampieri, F. &. (2011). *Metodología de la Investigación* (sexta ed.). (LIMUSA, Ed.) México DF: McGRAW-HILL.
- Hernández-Sampieri, R. (2010). *Metodologia de la investigacion (quinta edición)*. México: McGrawHill.
- Martinez. (A. 2006). *Conocimiento.Tipos de conocimineto*. Caracas.Venezuela.: <https://www.moebio.uchile.cl/25/martinez.html>.
- Mayo. (Clinic 2019). Vacuna contra el VPH [Internet]. [citado 2 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hpv-infection/in-depth/hpv-vaccine/art-20047292>.
- Ministerio. (de Salud y Deportes 2024). EL Alto.Bolivia: <https://www.minsalud.gob.bo/8088-gobierno-inicia-historica-vacunacion-contra-el-virus-del-papiloma-humano-a-ninas-de-10-a-14-anos-y-ninos-de-10-anos>.
- MINSA. (2019). Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación [Internet]. [citado 2 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/178240-719-2018-minsa>.
- National. (Cancer Institute 2018). National Cancer Institute. Vacunas contra el VPH [Internet]. 2018 [citado 2 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vacuna-vph>.
- OMS. (2020). <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/vph-y-cancer>.
- OMS. (2022). *Vacuna contra el virus de papiloma humano*. Ginebra.Suiza.: <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02109-2>.

- OMS. (2023). *Global and regional estimates of orphans attributed to maternal cancer mortality in 2020*. *Nat Med* 28, 2563–2572 (2022). USA.: <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02109-2>.
- ONU.(2022). Mirada Global Historias Humanas.<https://news.un.org/es/story/2022/11/1500102>.
- Ortiz Y, V. W. (2017). *Rotela-Fisch V*. Virus del Papiloma humano. Artículo de Revisión. Brasil 2017. [Citado 1 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/749>.
- PAI Familiar y Comunitaria. (2016). *Vacunas.Tipos,concentración,dosis,enfermedades que previene.Publicación 356*. La Paz.Bolivia.: <https://www.minsalud.gob.bo/8088-gobierno-inicia-historica-vacunacion-contra-el-virus-del-papiloma-humano-a-ninas-de-10-a-14-anos-y-ninos-de-10-anos>.
- SNIS/VE. (2024). *PORVENIR*. Programa Ampliado de Inmunización (PAI).Centro de Salud San Martin de Porres,Municipio de Porvenir.
- SNIS/VE. (Porvenir 2025). *Vacunación de VPH en Niños y niñas*. Programa Ampliado de Inmunización (PAI) del Centro de Salud San Martin de Porres .Municipio de Porvenir.
- Sociedades. (Científicas Españolas 2011). *Vacunación frente al virus del Papiloma Humano*. Madrid,Espana:<http://vacunasaep.org/documentos/declaracion-desociedadescientificas-e...>
- Somogyi Liliane, A. B. (García Marilyn 2021). *Virus del papiloma humano (VPH) detección y tipificación en la consulta privada*. *Rev Obstet Ginecol Venez*. Colombia: Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322010000300003&lng=es.
- Sor. (Callista 2022). *Virus de Papiloma Humano.Aplicación del modelo de Adaptación en los cuidados de enfermería en pacientes con virus del papiloma humano*. Ecuador: <https://1library.co/article/virusdepapilomahumanovphmarcote%C3%B3ricoconceptual.zwv2g7j0>.

Anexos:

Anexos 1. Instrumento de recolección de datos:

CONOCIMIENTO DE LA VACUNA DE VPH EN LAS MADRES DE NIÑOS DE 10 A 14 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA MONSEÑOR SANTIESTEBAN DEL MUNICIPIO DE PORVENIR EN LOS MESES DE ABRIL A JUNIO GESTIÓN 2025

1) Número de niños de 10 a 14 años que fueron vacunados o rechazaron la vacuna VPH en la Unidad Educativa Monseñor Santi esteba:

- a) Si fueron vacunados
- b) No fueron vacunados

2.) Tutor/a encuestada:

- a) Madre
- b) Padre
- c) Tío
- d) Abuela

3) ¿Ocupación del encuestado?

- a) Labores de Casa
- b) Agricultor
- c) Comerciante
- d) Profesor
- e) Medico

4) Numero de madres que dejaron vacunar a sus niños de 10 años o rechazaron la vacuna VPH.

- a) Si, dejaron vacunar
- b) No dejaron vacunar

5) Razón por la cual las madres encuestadas de los niños de 10 años No dejaron vacunar contra el VPH.

- a) No es segura la vacuna
- b) No conoce información sobre la vacuna
- c) No la necesita
- d) No es recomendada
- e) No inicio actividad sexual mi hijo para hacerlo vacunar

-CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD PRODUCIDA POR EL VPH

6) ¿Conoce quien causa el cáncer de útero, de pene y anogenital?

- a) Virus VPH
- b) Bacteria
- c) Hongos
- d) Parásitos

7) ¿Usted conoce la forma de transmisión de la enfermedad?...

- a) Besos, estornudos
- b) Relaciones Sexuales
- c) Hereditario
- e) Transfusión de sangre
- d) Picadura de mosquito
- f) No sabe

8) Numero de madres de familia que conocen sobre los síntomas del cáncer de pene y anogenital

- a) Si
- b) No

9) Numero de madres que mencionan los síntomas de la enfermedad de cáncer?

- a) Escozor en los genitales (vulva, escroto y pene)
- b) Flujo Vaginal
- c) Sangrado Vaginal
- d) Verrugas

10) ¿Conoce el método de prevención más efectivo para evitar el contagio de la VPH?...

- a) Condón
- b) Pastillas Anticonceptivas
- c) Abstinencia Sexual
- d) Vacuna VPH

-CONOCIMIENTO SOBRE LA VACUNA VPH

11) ¿Conoce si hay vacuna para combatir el cáncer producido por el VPH?

- a) Si
- b) No

12) Con respecto a la vacuna VPH ¿Para que sirve?

- a) Prevenir cáncer de pene, anogenital)
- b) Curar lesiones producidas por VPH
- c) No conoce

13) ¿Sabe usted desde que edad se administra la vacuna VPH?

- a) 10 años.
- b) 11 años.

- c) 12 años.
- d) 13 años.
- e) 14 años.
- f) No sabe.

14) ¿De qué medio de difusión escucho la información sobre la vacuna VPH?

- a) Diarios y revistas.
- b) Televisión y radio de comunicación.
- c) Internet.
- d) Personal de Salud de C.S. del Sena.
- e) Ginecólogo.

Anexo 2. Aplicación de Vacuna a niños y niñas de 10 a 14 años:



Anexo 3. Charla educativa sobre Vacuna VPH a madres de niños de 10 a 14 años de la Unidad Educativa Monseñor Santiesteban en la localidad de Porvenir:



