

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
UNIDAD CENTRAL.
FACULTAD DE MEDICINA.
ESCUELA DE MEDICINA.



“Uso de PAP y VPH CARE en mujeres de 30 A 59 años, para la obtención de incidencia, principales factores de riesgo asociados con el virus del papiloma humano y la relación causal del HPV con el Cáncer Uterino en San Ildefonso, San Vicente. Marzo-Agosto 2016”

PRESENTADO POR:
GLORIA DEL CARMEN PANIAGUA CRISTALES.
NÉMESYS RAQUEL PARADA MOLINA.

PARA OPTAR POR EL TITULO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA.

ASESORA: DRA. EMMA HAYDEE GONZALEZ

SAN SALVADOR, OCTUBRE 2016.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INDICE

Contenido	Página
Objetivos.....	6
Fundamento teórico	7
Metodología de la investigación.....	18
Resultados	25
Discusión	43
Conclusiones	45
Recomendaciones	46
Referencias bibliográficas	47
Anexos	48

I- RESUMEN

La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual frecuente a nivel mundial y está demostrada la asociación con el cáncer cervico-uterino este hecho lo convierte en un problema de salud pública.

Determinar la incidencia y factores de riesgo del virus del papiloma humano en mujeres de 30 a 59 años utilizando el PAP y VPH CARE en San Ildefonso-San Vicente.

Estudio transversal descriptivo, que se realizó en el San Ildefonso, San Vicente. Tomando 100 muestras de vph care y 100 muestras de PAP en mujeres en edad reproductiva de 30 a 59 años.

Dentro de los resultados se pudo observar que el mayor porcentaje de mujeres viven en la zona rural y solo han cursado primaria.

Además, los conocimientos sobre VPH es escaso a pesar de eso reconocen y se realzan el PAP como prueba de tamizaje. La infección por VPH de alto riesgo es elevada en nuestra población y se asocia con el inicio de vida sexual, múltiples parejas y multiparidad.

II- INTRODUCCION

El cáncer causa una de cada ocho muertes a nivel mundial, más que la Tuberculosis, la Malaria y el Sida juntos. De acuerdo a la información aportada a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para 2012 hubo 14.1 millones de casos nuevos de cáncer, 8.2 millones de muertes por cáncer y 32.6 millones de personas viviendo con cáncer (con cinco años de diagnóstico). El 57 % (8 millones) de los casos nuevos de cáncer, así como el 65 % (5.3 millones) de las muertes ocurrieron en las regiones de los países en desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud, cada hora se detecta un nuevo caso de cáncer en El Salvador. Se registran poco más de 9 mil casos de cáncer al año, Según datos extraídos del Atlas Global sobre el Cáncer (GLOBOCAN) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Anualmente, fallecen 5.926 personas en el país, principalmente por cáncer gástrico, de pulmón, mama y cérvix.

Si hablamos de cáncer como causa de muerte en nuestra población, es de suma importancia, investigar sobre factores predisponentes, por lo que nuestra investigación parte de estos. Múltiples estudios demuestran que el virus del papiloma humano es una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes y el 75% de las mujeres ha adquirido al menos una infección por VPH para la edad de 50 años.

Las tasas de infección son más altas en las adolescentes y mujeres en la segunda década de la vida. Después de esta edad, las tasas parecen declinar posiblemente a través del desarrollo de inmunidad al virus. Sin embargo, el virus puede persistir como un pequeño foco de infección latente que es solamente detectable a nivel molecular. Por eso es de suma importancia y novedoso la utilización de la prueba del VPH CARE y el PAP; para su detección temprana.

Las investigaciones sobre este tema se han centrado en el diagnóstico, tratamiento y prevención; sin embargo determinar factores de riesgo en la población representa un paso importante, pues el control de los factores de riesgo determina una reducción de la incidencia de esta infección; a nivel nacional en SIBASI San Vicente se realizan determinaciones de VPH de alto riesgo además del PAP como prueba de tamizaje, el estudio busca correlacionar estos resultados con variables que consideramos relevantes como edad, inicio de vida sexual y número de parejas sexuales.

Por lo cual en el presente trabajo se busca ofrecer una respuesta integral a esta problemática, se vuelve imperativo, conocer la incidencia de los principales factor de riesgo para contraer esta infección y así poder incidir en la toma de decisiones que lleve a la priorización de las intervenciones, como la disminución de conductas con alto riesgo además de la concientización de la toma de estudios como el PAP y VPH CARE, con el fin de generar un impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad causada por el virus.

III- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Determinar la incidencia y factores de riesgo del virus del papiloma humano en mujeres de 30 a 59 años utilizando el PAP y VPH CARE en San Ildefonso-San Vicente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Establecer la incidencia del virus del papiloma humano en mujeres en edad de 30 a 59 años utilizando el papanicolau y el VPH CARE.
2. Medir el conocimiento que tiene la población femenina sobre PAP, VPH CARE y la relación del HPV con el Cáncer de Cuello Uterino.
3. Comparar la sensibilidad y especificidad del Papanicolau con VPH CARE.
4. Conocer los principales factores de riesgo que intervienen en el desarrollo del virus del papiloma humano en mujeres en edad reproductiva en San Ildefonso.

IV- MARCO TEORICO.

GENERALIDADES.

El Virus Papiloma Humano, presenta un DNA de doble cadena, con aproximadamente 8.000 pares de bases. La tipificación viral se realiza de acuerdo a la diferencia en el genoma presente entre ellos, de modo tal que un nuevo tipo se identifica al encontrar una secuencia génica E6, E7 y L1 que difiera en más del 10% respecto de otro conocido. Un subtipo o variante se define por una diferencia génica entre 2-5%.

PATOGENIA.

En el desarrollo del cáncer, la integración del DNA viral al genoma de la célula huésped es de particular importancia, produciéndose una interrupción en la región de lectura abierta (ORF) E1-E2, lo que impide un adecuado efecto inhibitorio de E2 en la región de control TATA box, vecina al promotor P97, produciéndose la unión de factores de transcripción (SP1 y Complejo de Transcripción TFIID), activando la expresión de proteínas E6 y E7. La proteína E6 se une a P53, formando un complejo con proteínas celulares (Proteína ligante de E6, Proteína Kinasa, Proteína ligante de Calcio) sobre el cual actúa un complejo enzimático (Ubiquitina), degradando a P53, el efecto final es un aumento en la transcripción del DNA dañado (por inhibición de gen P21 o WAF1), activando etapa G1 y bloqueando apoptosis de células mutadas (por inhibición de gen Bax). La proteína E7 se une a la proteína del Retinoblastoma (PRB), liberando el Factor de Transcripción E2F, el cual se encuentra unido basalmente en fase G1. Como resultado se activan genes de proliferación (c-myc, Timidinakinasa, Polimerasa Alfa).

Una diferencia significativa entre los tipos de VPH de bajo y alto riesgo oncogénico estaría en la afinidad diferencial de sus respectivas proteínas E6 y E7 con las proteínas P53 y PRB. También importaría que el DNA viral se integre al genoma de la célula huésped (VPH de bajo riesgo no se integraría).

Existe, sin embargo, un 30% de Cánceres Cervicales VPH, 16 positivos cuyo DNA permanece episomal, pudiendo explicarse el efecto proliferante a través de

mutaciones en sitios de control YY1 (los que basalmente inhiben la expresión del promotor P97) de este modo, se activaría la expresión de E6 y E7.

SEROTIPOS

Desde la sexta década del siglo XX cuando ZurHausen estableció la posible relación en el VPH y el cáncer del cuello uterino se han identificado más de 100 tipos virales y 85 se han caracterizado hasta la fecha, pero solamente 15 se han relacionado con el cáncer el cuello uterino y las lesiones pre-malignas de esta localización y de otras zonas mucosas. Son los denominados virus del alto riesgo, que tienen alto potencial oncogénico.

Los tipos de VPH mucosos asociados con lesiones benignas (tipos 6 y 11 principalmente) son conocidos como tipos de "bajo riesgo" y se encuentra preferentemente en los condilomas acuminados, mientras que aquellos tipos asociados a lesiones malignas (tipos 16, 18, 30, 31, 33, 35, 45, 51 y 52, principalmente) son conocidos como virus de "alto riesgo". Entre ellos, los VPH 16 y 18 son los oncogénicos más comunes, que causan aproximadamente el 70 % de los cánceres cervicales en todo el mundo. Otras clasificaciones menos estrictas incluyen a los tipos 56, 58 y 59, 68, 73 y 82, y los tipos 26, 53 y 66 como probablemente carcinogénicos. Ciclo vital de los VPH.

El ciclo de los VPH está estrechamente ligado al crecimiento y diferenciación de las células epiteliales hospederas. El VPH 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 VPH alcanza las células de los estratos bajos del epitelio es a través de lesiones, micro-heridas y abrasiones del tejido.⁸ 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, donde también ocurre el ensamblado de las cápsidas virales que dan lugar a la formación de viriones.⁹⁻¹¹ que al parecer siguen fases bien definidas pero variables en la infección transitoria y en el desarrollo de

lesiones pre-malignas y malignas del cuello uterino¹² que se han determinado por medio de marcadores celulares. Para que estos permanezcan en la población general deben completarlo.

Los VPH 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.

Cuando se estudian las lesiones histológicas y los marcadores moleculares, en un mismo tipo de lesión histológica puede mostrar diferentes marcadores, y en 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.

EPIDEMIOLOGIA.

La infección por VPH es la más frecuente de las transmitidas sexualmente, debido quizá a los cambios en la conducta sexual. Se considera que 2% de todas las mujeres en edad fértil tienen VPH y 30% de ellas con actividad sexual están infectadas, alrededor de 25 a 65% de las personas que han tenido contacto sexual con personas infectadas la adquieren y sólo de 60 a 80% de los infectados a nivel anal informan una relación ano-genital. La transmisión es generalmente de tipo sexual, aunque se sugieren otros como la autoinoculación, fómites, iatrogénica durante la misma exploración ginecológica y anal con el mismo guante, instrumental mal esterilizado y en mujeres núbiles, esto ha sido confirmado por medio de técnicas moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

FACTORES DE RIESGO

La infección por VPH es más frecuente en las mujeres menores de 30 años; por esta razón este grupo etario constituye el principal blanco de los programas de prevención del cáncer cervical. Se ha demostrado que la infección por VPH de alto riesgo que persiste por varios años, representa el principal factor para el desarrollo de lesiones precancerosas severas y progresión maligna.

La prevalencia para esta patología se da entre los 20 y 30 años. Se afirma que el epitelio de tipo metaplásico sería más susceptible para esta afección, también

es evidente que el virus requiere de epitelio maduro para cumplir con su ciclo vital. Solo el 2,5 % de pacientes corresponden a una edad superior a los 50 años.

La relación entre la edad y la prevalencia del VPH no sigue un patrón definido y parece variar alrededor del mundo en diferentes poblaciones. Muchos estudios han reportado que la mayor prevalencia se observa en mujeres menores de 25 años, disminuyendo progresiva y linealmente hasta alcanzar 5 % o menos después de los 55 años; esto pudiera explicarse por cambios en las prácticas sexuales con la edad, determinando una menor exposición de las mujeres al virus, o también por inmunidad adquirida en el tiempo a la infección por VPH.

Se describe un segundo pico en la prevalencia del VPH a partir de los 55 años de edad, explicando que cambios hormonales ocurridos después de la menopausia (principalmente la reducción significativa de la producción de la hormona estrógenos), el debilitamiento del sistema inmune y los cambios fisiológicos del cérvix (atrofias del epitelio) pudieran incrementar la susceptibilidad a la infección por el virus o activar infecciones latentes. Por otra parte, los cambios o migraciones en la ubicación de la zona de transformación cervical, donde se ubica el virus (la cual queda menos expuesta a medida que avanza la edad) influyen en la recolección de los tipos celulares durante una citología y en la capacidad de detección del virus.

El inicio precoz de actividad sexual ha sido reconocido como un factor de riesgo central en la infección por VPH. Respecto al número de parejas sexuales, se ha demostrado la presencia de VPH, cervical o vulvar en 17-21% de las mujeres con 1 pareja sexual y en 69-83% de aquellas con 5 o más parejas sexuales. Al considerar las relaciones homosexuales entre mujeres se ha encontrado la presencia de VPH, cervical en 13% de éstas parejas. En población de prostitutas, la sero-prevalencia y detección de VPH, en cérvix tipos, 16, 18, 31 y 58 es de 14 y 10 veces mayor respecto población general.

La paridad ha sido asociada a un mayor riesgo de infección por VPH. Respecto a factores nutricionales, el déficit de Folato sérico ha sido vinculado como factor de riesgo independiente.

Factores asociados fuertemente con la adquisición de una infección por el VPH en las mujeres:

- Edad joven (menos de 25 años)
- Número creciente de parejas sexuales
- Primera relación sexual a una edad temprana (16 años o menos)
- Pareja masculina que tiene (o ha tenido) múltiples parejas sexuales

TECNICAS DE DETECCION DEL VPH CARE

Técnicas de detección del VPH El VPH no se puede cultivar de manera confiable en un laboratorio; por consiguiente, las pruebas del VPH dependen de las técnicas moleculares que detectan el ADN del VPH en las muestras cervicales. Considerando que hay muchísimos tipos del VPH con un potencial carcinogénico diferente, las pruebas del VPH sirven para determinar si están presentes uno o varios tipos de alto riesgo en una muestra. A continuación, figuran descripciones de dos técnicas ampliamente reconocidas para detectar determinados tipos del VPH.

Valoración con ácido nucléico de señal amplificada La única prueba del VPH disponible comercialmente, la valoración Hybrid Capture II (HC II) de la empresa Digene Corporation, recurre a la amplificación de señales para detectar el ADN del VPH. Proporciona una sensibilidad cercana a la reacción en cadena de la polimerasa (RCP). La HC II detecta 13 tipos de VPH de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68), está estandarizada y es sumamente reproducible.

La prueba HC II consiste en un proceso de laboratorio que produce señales de luz aproximadamente proporcionales a la cantidad de ADN del VPH presente en la muestra. El proceso exige equipo, que comprende desde suministros básicos de laboratorio hasta equipo tecnológicamente avanzado, como una computadora especial. Estas condiciones actualmente hacen el uso de HC II demasiado costoso y difícil de aplicar en muchos establecimientos de bajos recursos.

Técnicas de amplificación específica La valoración del VPH con amplificación específica, como la amplificación genética (RCP), produce muestras con una concentración elevada de una determinada secuencia genética de ADN. Luego, se investigan las muestras de ADN con objeto de detectar los genotipos específicos del VPH que están presentes. La RCP es la técnica más común de amplificación específica; su potencia inherente reside en su capacidad para detectar cantidades muy pequeñas de ADN del VPH. Sin embargo, las aptitudes, el equipo y los costos considerables que suelen existir hace que la RCP sea inapropiada para los programas de tamizaje grandes en los establecimientos de bajos recursos,

IMPACTO SOCIAL DEL VPH

Entre los problemas sociales del diagnóstico de la infección por VPH se pueden citar varios:

El problema de a quienes examinar se basa en la alta prevalencia de tienen las mujeres muy jóvenes de infección por el virus, así en mujeres de 14-19 años la prevalencia de la infección es del 35 %, (IC 95 %: 32-38%), y luego entre las mujeres de 50-64 años la prevalencia es de 6 % (IC 95 %: 4- 8 %). 45

En EEU la prevalencia ha sido del 6 % en mujeres de 57-85 años, 46 mientras que entre las mujeres de 14-59 años llegó a ser del 26.8 % basado en un estudio de 1921 mujeres que se tomaron pruebas con aplicador entre 2003-2004, con variaciones por grupos de edades, llegando hasta un 44.8 % en la franja etaria de 20-24 años, para luego disminuir.

Inclusive antes de la primera relación sexual se han hecho detecciones virales, y en 110 niñas entre 4-15 años, la prevalencia de la infección era de 17 %, con 14,5 % de cepas de alto riesgo de VPH.

La interrogante es, si la enfermedad se transmite por contacto sexual, entonces qué pensará esa multitud de mujeres en todo el mundo que tienen la infección por el VPH. Esta situación presupone desde ya problemas psico-sociales. Es necesario recordar que el virus puede estar presente en superficies secas, y ser transmitido por los dedos y otros utensilios.

Se recomienda entonces comenzar el cribado del VPH después de los 25 años, y mejor aún después de los 30 años, ya que, en edades anteriores a éstas, puede haber un sobre-registro de la infección sin consecuencias nefastas para las pacientes. Por otra parte, la detección de virus de alto riesgo puede ser útil para la referencia de las pacientes a la Consulta de Colposcopia.

En resumen, tanto la edad de la infección como la prevalencia, y los genotipos virales encontrados son variables, por tanto, las estrategias deben ser personalizadas, específicas para cada contexto y escenario.

La mayoría de las mujeres se inquietan cuando se les comunica que padecen una enfermedad de transmisión sexual (ETS); con el VPH no hay una excepción.

La detección tanto del VPH como de lesiones cervicales produce un estado de ansiedad y depresión en muchas mujeres. Las mujeres con citología normal, pero positivas al VPH se encuentran muy ansiosas y estresadas que las mujeres que resultan negativas al ADN viral. Las mujeres con citologías anormales o no

satisfactorias, VPH positivas, muestran más stress que las que son VPH negativas, pero no más ansiosas. Y sin tener en cuenta el resultado de la citología, las mujeres positivas al VPH reportaron peores relaciones sexuales. Alrededor de 1/3 de las mujeres positivas al VPH se sentían peor acerca de sus relaciones pasadas y futuras comparadas con menos del 2 % en las mujeres VPH negativas. Es decir, la prueba del VPH puede tener un impacto psicosocial adverso, con ansiedad aumentada, estres y preocupación por las relaciones sexuales.

Todo ello parece estar relacionado con la falta de conocimientos sobre el tema en cuestión, la percepción del riesgo para la salud. Se necesitan mensajes adecuados, y es necesario transmitirles que se trata de un virus común, con relativamente bajo riesgo para la mayoría de las personas infectadas, y que en muchos casos se elimina, dejando a la persona protegida frente a otro ataque del mismo tipo, y que sólo las infecciones persistentes son claros marcadores de riesgo.

TRATAMIENTO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El tratamiento de las lesiones verrugosas producidas por el VPH o del condiloma plano, como se le llamó en un tiempo, radican en la extirpación la lesión, y esto puede hacer mediante varios métodos, que pueden realizarse en el ambulatorio, con o sin anestesia local, como son la criocirugía, la radio cirugía, la utilización de ácido tricloro acético, (Nivel de evidencia III) y la utilización de inmunomoduladores inespecíficos.

Cuando se usa la radiocirugía, es importante el examen de los bordes quirúrgicos, para predecir la remanencia de lesiones, y la recurrencia de la enfermedad.

Prevención primaria de la infección por VPH. Las vacunas preventivas y las terapéuticas. La prevención primaria estaría dada por la evitación de contraer la enfermedad.

Las vacunas profilácticas contra el VPH fueron hechas con subunidades (pseudocápsidas virales) generadas por auto ensamblaje de L1, la principal proteína de la cápsida, de los tipos 16, 18, 6 y 11, aislados o en combinación con sustancias estimuladoras de la respuesta inmune. Estas vacunas generan respuesta del tipo de anticuerpos neutralizantes en el suero. Como no existe viremia, entonces las IgG deben actuar en la superficie del epitelio para neutralizar a los virus, o quizás exista neutralización intracelular.

Por otra parte, existen las vacunas terapéuticas que inducen respuesta inmune, dependiente de la acción de los linfocitos T CD4+, que redundaría en la formación de antígenos citotóxicos específicos CD8+.⁵⁸ Entonces podría haber varios tipos de vacunas terapéuticas:

- Para que sean efectivas tras la exposición al VPH.
- Para que sean efectivas frente a lesiones de bajo grado de malignidad.
- Para que sean efectivas frente a lesiones de alto grado de malignidad.

Al parecer se necesitan combinaciones para lograr los efectos deseados. Cuba está produciendo y ensayando una vacuna terapéutica. Las vacunas profilácticas se deberán dirigir a mujeres no infectadas entre 15-25 años (se había planteado en el 2004). Los hombres debieran vacunarse junto con las mujeres para prevenir la transmisión, aunque no tengan efecto clínico en ellos.

El objetivo final a largo plazo de las vacunas frente al VPH es la prevención del cáncer invasor de cuello de útero. Objetivos asociados son la prevención de los otros cánceres relacionados con el VPH: vulva, vagina, ano, pene y orofaringe.

Cervarix®

Vacuna bivalente que incluye VLP de los tipos 16 (20 mg) y 18 (20 mg) expresadas en Báculo virus que utiliza células Hi-5 Rix4446 derivadas de Trichoplusia ni. Utiliza como adyuvante AS04, una formulación compuesta por hidróxido de aluminio y MPL (3-O-desacil-4'-monofosforil lípido A) un lipopolisacárido desintoxicado obtenido de Salmonella Minnesota.⁶⁵

Gardasil®

Vacuna tetravalente que incluye VLP de los tipos 6 (20 mg), 11 (40 mg), 16 (40 mg) y 18 (20 mg) expresadas en células de levadura Saccharomyces cerevisiae CANADE 3C-5 (Cepa 1895). Utiliza como adyuvante hidroxifosfato sulfato de aluminio amorfo.

La eficacia de estas vacunas se midió mediante la infección persistente y el CIN 2/3 histológicamente documentado y la misma está en el rango del 95-100%.⁶⁶⁻⁷⁰

Es importante, entonces después de instaurado un sistema de vacunación, proponer nuevas guías de pesquiasaje citológico y viral, así como nuevos marcadores, como plantean otros.

Como se ha visto la problemática de la infección por los Virus del Papiloma Humano es de vital importancia y es un serio problema de salud en todo el mundo, que ha sido y sigue siendo abordado multidisciplinariamente, y quedan muchos aspectos a resolver, en cuanto a la vacunación tanto la profiláctica como la terapéutica.

Gardasil 9

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprueba Gardasil 9 (Vacuna valente recombinante para el virus del papiloma humano) para la prevención de ciertas enfermedades causadas por nueve tipos de virus del papiloma humano (VPH). Gardasil 9 protege contra nueve tipos de VPH, cinco tipos más de VPH que Gardasil (previamente aprobada por la FDA), y tiene el potencial de prevenir aproximadamente el 90 por ciento del cáncer del cuello uterino, de la vulva, vaginal y anal.

Gardasil 9 es una vacuna aprobada para su uso en mujeres entre las edades de 9 a 26 años y en hombres de entre 9 a 15 años. Está aprobada para la prevención del cáncer de cérvix, de la vulva, vaginal y anal causado por los tipos de VPH 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58, y para la prevención de las verrugas genitales causadas por los tipos de VPH 6 o 11. Gardasil 9 añade protección contra cinco tipos adicionales de VPH-31, 33, 45, 52 y 58- los que causan aproximadamente el 20 por ciento del cáncer de cuello uterino y no están cubiertos por vacunas contra el VPH previamente aprobadas por la FDA.

Se realizó un estudio aleatorizado, clínico controlado en los EE.UU. y a nivel internacional en aproximadamente 14,000 mujeres de entre 16 a 26 años que obtuvieron resultados negativos para los tipos de VPH que cubre la vacuna al inicio del estudio. Los participantes del estudio recibieron Gardasil o Gardasil 9. Se determinó que Gardasil 9 fue 97 por ciento efectiva en la prevención de cáncer de cuello uterino, de la vulva y vaginal causados por los cinco tipos adicionales de VPH (31, 33, 45, 52, y 58). Además, Gardasil 9 es tan eficaz como Gardasil para la prevención de enfermedades causadas por los cuatro tipos de VPH compartidos (6, 11, 16, y 18), basado en las respuestas de anticuerpos similares en participantes en los estudios clínicos.

La eficacia de Gardasil 9 en mujeres y hombres de entre 9 a 15 años se determinó en estudios que midieron las respuestas de anticuerpos a la vacuna en aproximadamente 1,200 hombres y 2,800 mujeres en este grupo de edad. Las respuestas a los anticuerpos fueron similares a los de las mujeres 16 a 26 años de edad. Con base en estos resultados, se espera que la vacuna tenga una eficacia similar cuando se utiliza en este grupo de edad más joven.

Gardasil 9 se administra en tres inyecciones separadas, con la dosis inicial seguida de inyecciones adicionales que se administran posteriormente a los dos y seis meses. En base a todas las indicaciones de uso aprobadas por la FDA, el beneficio potencial completo de Gardasil 9 lo obtienen aquellos que son vacunados antes de contraer la infección con las cepas de VPH cubiertas por la vacuna.

La seguridad de Gardasil 9 fue evaluada en aproximadamente 13,000 hombres y mujeres. Las reacciones adversas más frecuentes fueron dolor en el sitio de la inyección, hinchazón, enrojecimiento y dolor de cabeza.

CANCER EN EL SALVADOR

El cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial que afecta tanto a los países de bajos y medianos ingresos como a los países de altos ingresos; las estimaciones mundiales realizadas por la International Agency for Research on Cancer para 2012, indican una ocurrencia de 14.1 millones de casos nuevos de cáncer, 8.2 millones de muertes y 32.6 millones de personas viviendo con cáncer en todo el mundo. El 57% (8 millones) de los casos nuevos de cáncer, el 65% (5.3 millones) de las muertes y el 48% (15.6 millones) de casos prevalentes ocurrieron en los países menos desarrollados.

Según la OMS, se prevé un incremento de la incidencia de cáncer de 11,3 millones en 2007 a 15.5 millones en 2030; además la mortalidad por cáncer también incrementará en un 45% entre 2007 y 2030, debido al crecimiento demográfico y al envejecimiento poblacional.

Así mismo se estima que en los países de Centroamérica, se diagnostica un estimado de 176,000 casos nuevos al año y ocurre aproximadamente 108,000 muertes anuales por esta causa, siendo los tipos de cáncer más frecuentes: mama, próstata, cérvix, estómago, colon-recto y pulmón; observándose un patrón de comportamiento similar con los reportes a nivel mundial.

Actualmente el país se encuentra en el proceso de construcción del Registro de Cáncer, por lo que ha sido necesario obtener la base datos de los egresos hospitalarios por diagnósticos de cáncer de hospitales nacionales, que están codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10) durante el período 2009 – 2013 del Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW) que únicamente incluye los casos de pacientes atendidos en la red de hospitales del Ministerio de Salud (MINSAL). A la cual se le realizó un proceso de depuración de 30,818 egresos por cáncer en

el período en mención hasta obtener un total de 19,122 casos. Para este período de tiempo el promedio de fallecidos por todas las causas fue de 9,765 por año; durante el mismo período ocurrieron un promedio de 7,087 egresos anuales por diagnósticos de cáncer (C00 – C97 según la CIE-10), que equivale al 1.8% de los egresos por todas las causas. Del total de egresos por cáncer, fallecieron en promedio 720 pacientes por año, que representa el 10% del total de egresos por diagnósticos de cáncer.

V- DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de estudio que se utilizó en esta investigación fue de tipo cuantitativo ya que se utilizó métodos estadísticos para definir la magnitud del problema, por la finalidad y el alcance de los resultados obtenidos se cataloga como descriptiva y por el seguimiento cronológico de la investigación es de tipo transversal, ya que se estudiaron las variables en un periodo determinado de tiempo, siendo este en los meses de Marzo y agosto 2016.

AREA Y PERIODO DE ESTUDIO:

El área de estudio fue en San Ildefonso, San Vicente, y el periodo en el cual se realizó dicha investigación de en Marzo-agosto 2016.

UNIVERSO Y MUESTRA:

- Universo:

Se tomaron de universo a todas las pacientes que comprenden las edades de 30 a 59 años que residen en el municipio de san Ildefonso San Vicente que son de 1220.

- Muestra:

Por muestreo aleatorio por conveniencia se ha tomado la decisión de tomar dos grupos de muestra, cada uno integrado por 100 mujeres, de las cuales a un grupo se le tomo citología y al otro grupo de 100 se le tomo el VPH CARE.

VARIABLES

- Independiente: Virus Del Papiloma Humano.
- Dependiente: factores de riesgo e incidencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

VPH CARE.

A. Criterios de inclusión:

- Residir en san Ildefonso, San Vicente.
- Que se encuentre entre 30 y 59 años.
- Tener más de dos años de toma de PAP.
- Que no haya obtenido un PAP previo anormal.

B. Criterios de exclusión:

- Pacientes que se encuentre embarazadas o tengan anormalidad en PAP previos.
- Que no desee ser parte del estudio de investigación.

PAP

A. Criterios de inclusión:

- Residir en san Ildefonso, San Vicente.
- Que se encuentre entre 30 y 59 años.
- Que se le tome PAP vigente o de primera vez.

B. Criterios de exclusión:

- Que se encuentre embarazada.
- Que no desee ser parte del estudio de investigación.

FUENTE DE INFORMACION.

- **Primaria:** Toma de VPH CARE en mujeres de San Ildefonso. A través del contacto directo con las mujeres en edad fértil incluidas en la muestra, mediante la toma de la muestra en estudio.
- **Secundaria:** Instrumento de investigación. La recolección de la información que permita reconocer factores de riesgo, antecedentes personales e incidencia, será el instrumento; el cuestionario, que previamente se formuló en base a las variables de la investigación, así como el uso de expedientes clínicos y respuestas de exámenes.

- FUENTES DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información se obtuvo de una fuente primaria, a través del contacto directo con los sujetos de estudio “las habitantes femeninas de San Ildefonso, San Vicente”, haciendo uso del cuestionario el cual tuvo 7 preguntas, siendo estas cerradas y de múltiple escoge.

TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN.

Se utilizó la encuesta, ya que es una técnica para recaudar datos con un instrumento previamente diseñado, con preguntas normalizadas. Esta técnica nos permitió construir una base fundamental para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación.

HERRAMIENTAS PARA LA OBTENCION DE INFORMACIÓN.

EL CUESTIONARIO.

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario; ya que, proporciona la facilidad de obtener, cuantificar, e interpretar los datos obtenidos.

Además, porque presenta la ventaja del anonimato de la persona encuestada. Sin olvidar que este es un instrumento de bajo costo

▪ OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.								
OBJETIVOS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA	FUENTE	INSTRUMENTO	TÉCNICA	PREGUNTAS
<p>Establecer la incidencia del virus del papiloma humano en mujeres en edad de 30 a 59 años utilizando el papanicolau y el VPH CARE.</p> <p>Informar sobre la relación causal del HPV con el Cáncer de Cuello Uterino.</p>	<p>La incidencia va a contabilizar el número de casos nuevos.</p> <p>El VPH es la infección de transmisión sexual (ITS) más común.</p> <p>Causa principal de cáncer cervico-uterino.</p> <p>La sensibilidad designa la probabilidad de obtener un test</p>	VI Incidencia	Casos nuevos de vph	Positivos	Resultado de exámenes	Resultado de exámenes	Toma de vph	Edad Residencia Fecha de ultimo PAP Que es PAP y VPH
		VD PAP Y VPH CARE	Positivo por PAP Positivo por VPH	serotipo oncogénicos serotipos no oncogenicos	Investigaciones científicas basadas en evidencia	Fuentes bibliográficas	cuestionario	-Vph -Cáncer uterino - causa de vph - causa de cáncer uterino
		VI Sensibilidad vph y PAP Especificidad VPH Y PAP	Factores del cuestionario	positivo				rango de tranquilidad

<p>Comparar la sensibilidad y especificidad del Papanicolau con VPH CARE.</p> <p>Conocer los principales factores de riesgo que intervienen en el desarrollo del virus del papiloma humano en mujeres en edad reproductiva en San Ildelfonso.</p>	<p>positivo en un individuo portador de una enfermedad.</p> <p>la especificidad designa la probabilidad de obtener un test negativo en una persona que no es portadora de la enfermedad.</p> <p>Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad como el cáncer.</p>	<p>VD PAP Y VPH CARE</p> <p>VI Factores de riesgo</p> <p>VD VPH</p>		<p>negativo</p> <p>Si No edad</p>		<p>Resultado de exámenes</p> <p>encuesta</p>	<p>Resultado de exámenes</p> <p>encuesta</p>	<p>Clasificación de resultado</p> <p>cuestionario</p>	<p>pos a la prueba de PAP y VPH</p> <p>Inicio de relaciones sexuales</p> <p>Número de parejas</p> <p>Número de hijos</p>
---	---	---	--	---	--	--	--	---	--

MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACION.

Los programas que se utilizó para procesar los datos fue:

- Microsoft Office Excel ya que es un programa de fácil manejo, y que es de gran utilidad para crear tablas, gráficos y cálculos matemáticos.
- Microsoft Office Word, con el cual se dio entrada a las interpretaciones realizadas a partir de los datos y graficas obtenidos por Microsoft Office Excel 2010.

VI- RESULTADOS

TABLA N°1: datos generales sobre población de san Ildefonso, San Vicente.

Columna1	Columna2	Columna3
VARIABLE	NUMERO	%
EDAD		
30-40	100	50
41-50	65	32.5
51-59	35	17.5
RESIDENCIA		
RURAL	150	75
URBANO	50	25
NIVEL ACADEMICO		
PRIMARIA	170	85
SECUNDARIA	10	5
SUPERIO	0	0
NINGUNO	20	10

FUENTE: instrumento de recolección de datos

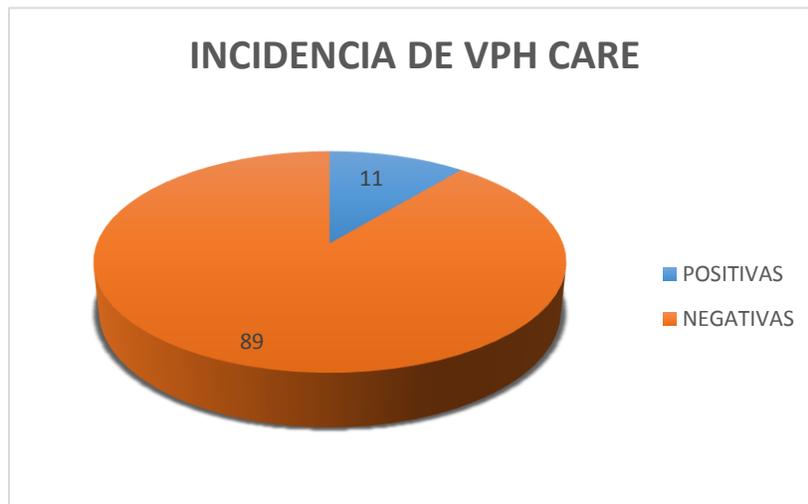
En la tabla se observa que la población en estudio el 50% se encuentra entre los 30 y 40 años, el 32.5 % se encuentran entre los 41 a 50 años, y el menos porcentaje se encuentra en las mayores de 51 años con un 17.5.

En cuanto a nivel de residencia el 75% de las mujeres en edad reproductiva residen en el área rural y el 25% restante en el área urbana.

En el nivel de escolaridad 85% han cursado primaria, el 5% secundaria y el 0% nivel superior.

1. Establecer la incidencia del virus del papiloma humano en mujeres en edad de 30 a 59 años utilizando el papanicolau y el VPH CARE.

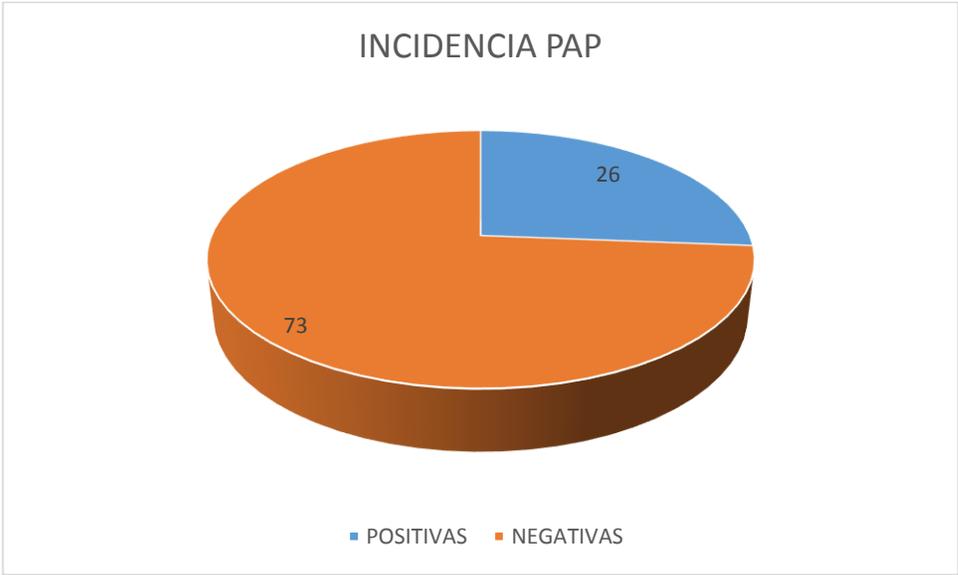
GRAFICO 1: incidencia del virus del papiloma huma entre los 30-59 años por medio de la toma de VPH CARE.



FUENTE: instrumento de recolección de datos

De las cien muestras tomadas en pacientes de 30 a 59 años, como mínimo dos años como última toma de PAP, de estas el 11% de las muestras se reportaron positivas.

GRAFICO N°2: incidencia del virus del papiloma humano en mujeres de 30 a 59 años por medio de la toma de PAP.

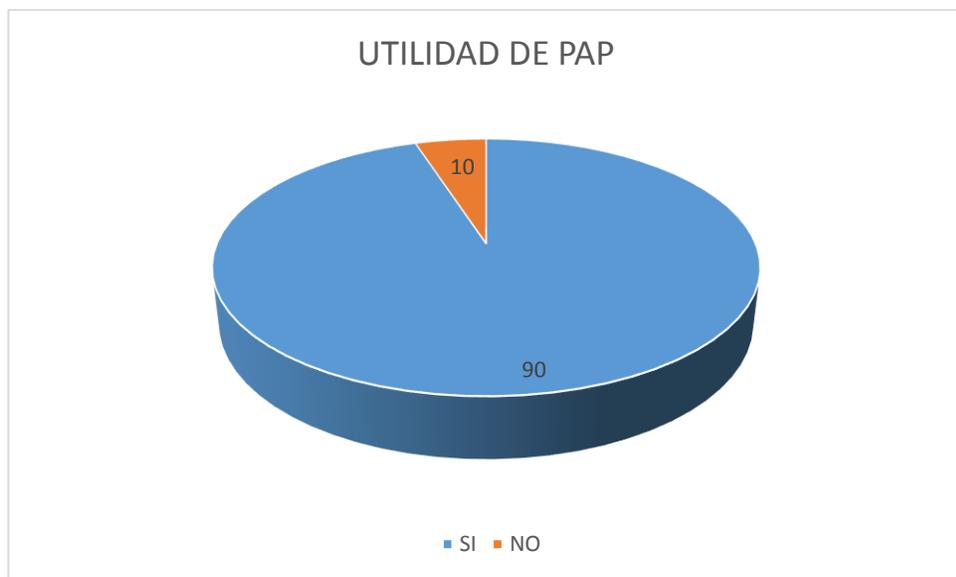


FUENTE: instrumento de recolección de datos.

En el caso de las cien muestras que se tomaron en mujeres en edad reproductiva por medio del PAP estas se reportaron 26% positivas.

2. Medir el conocimiento que tiene la población femenina sobre PAP, VPH CARE y la relación del HPV con el Cáncer de Cuello Uterino.

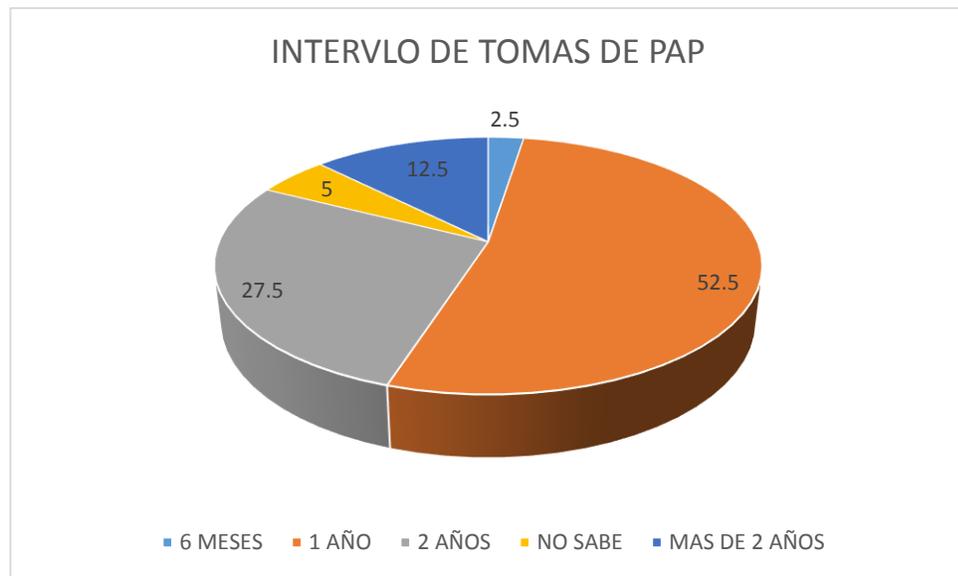
GRAFICO N° 3: conocimiento que tiene la población sobre la utilidad de la citología.



FUENTE: instrumento de recolección de datos.

El 90% de la población conoce sobre lo que es la citología y la utilidad que esta ofrece, solamente el 10% desconoce sobre lo q es el PAP.

GRAFICO N°4: conocimiento que tiene la población encuestada sobre intervalos de frecuencia que se realiza la citología.



FUENTE: instrumento de recolección de datos

EL 52.5 de las pacientes refieren que se deben de tomar el PAP una vez al año, el 27.5 refiere que cada dos años deben de realizarlo.

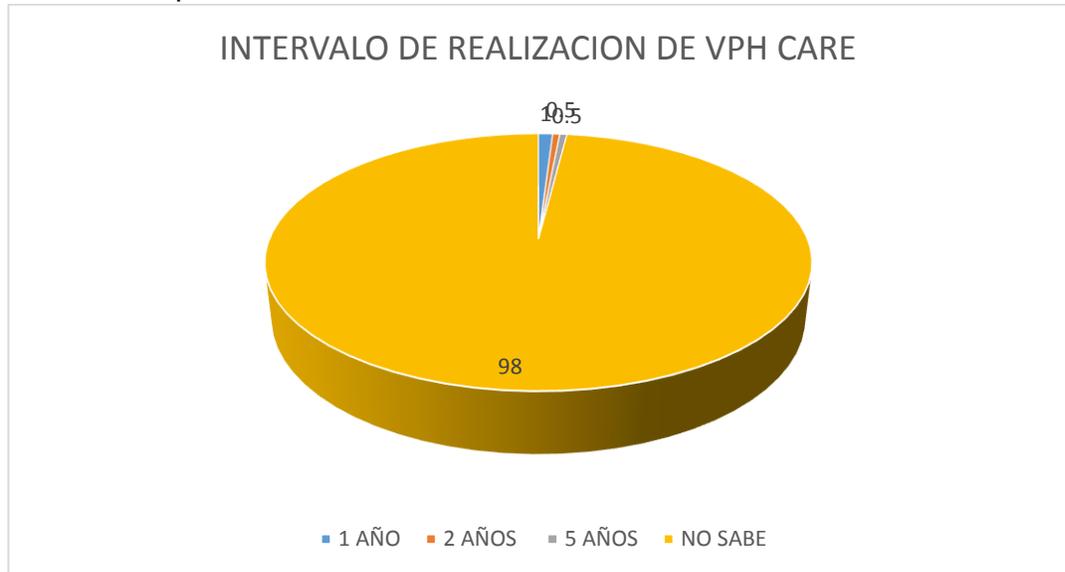
GRAFICA N°5: conocimiento que tiene la población utilidad del VPH CARE.



FUENTE: instrumento de recolección de datos.

El 97% de la población desconoce sobre lo que es el VPH CARE y por lo tanto la utilidad y beneficios que ofrece, solamente el 3% de la población ha escuchado sobre dicha prueba.

GRAFICA N°6: conocimiento que tiene la población sobre intervalo de frecuencia que se realiza el VPH CARE.



FUENTE: instrumento de recolección de datos

La población al desconocer sobre estudio de tamizaje, también se desconoce sobre la frecuencia de realización, el 98% de la población respondió que no sabe cada cuando se realiza.

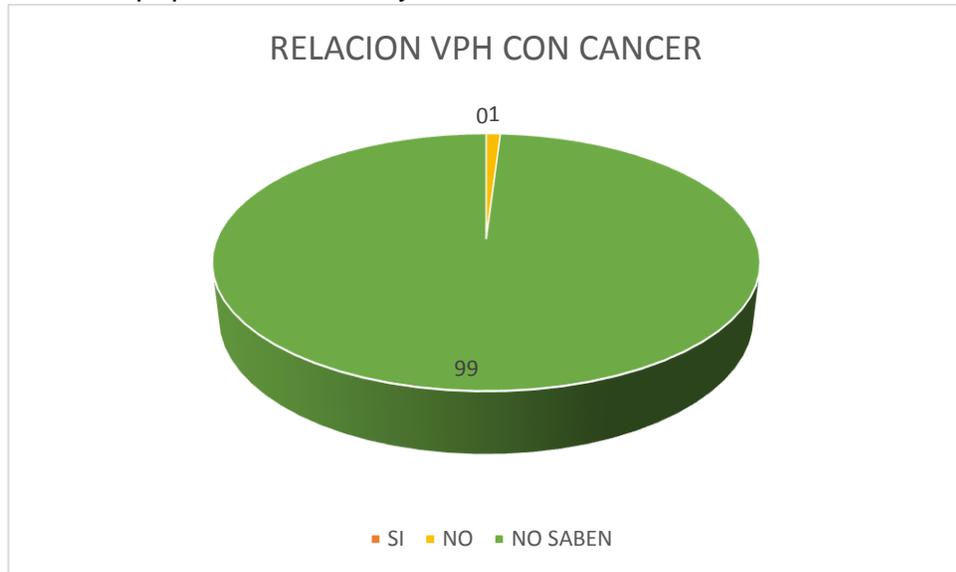
GRAFICA N° 7: conocimiento que tiene la población sobre el virus del papiloma humano.



FUENTE: instrumento de recolección de datos

El mayor porcentaje de la población, el 98% desconoce o nunca ha escuchado sobre el virus del papiloma humano, el 2% restante si refiere por lo menos haber escuchado acerca de este.

GRAFICA N°8: conocimiento que tiene la población sobre la relación del virus del papiloma humano y el cáncer cervico uterino.



FUENTE: instrumento de recolección de datos

El 99% de la población desconoce la relación que existe entre el VPH Y el cáncer cervico-uterino, lo cual es de alarmarse ya que el 1% restante cree que la presencia de VPH no se relaciona con el cáncer cervico-uterino.

GRAFICA N°9: conocimiento sobre formas de contagio de VPH.



FUENTE: instrumento de recolección de datos

El 100% de las mujeres en edad reproductiva desconocen las formas de contagio del virus del papiloma humano.

Objetivo 3

3. Comparar la sensibilidad y especificidad del Papanicolau con VPH CARE

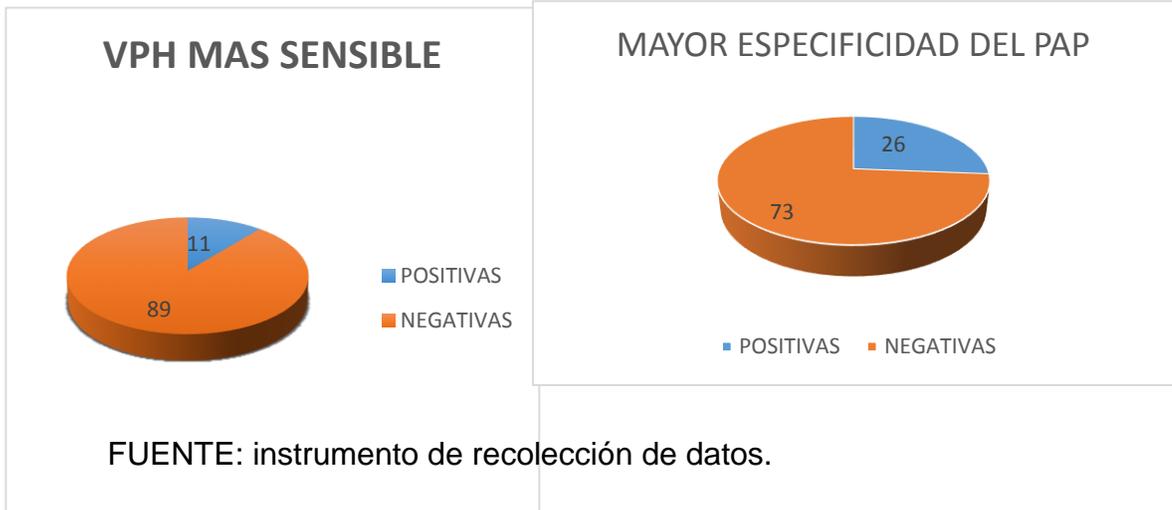
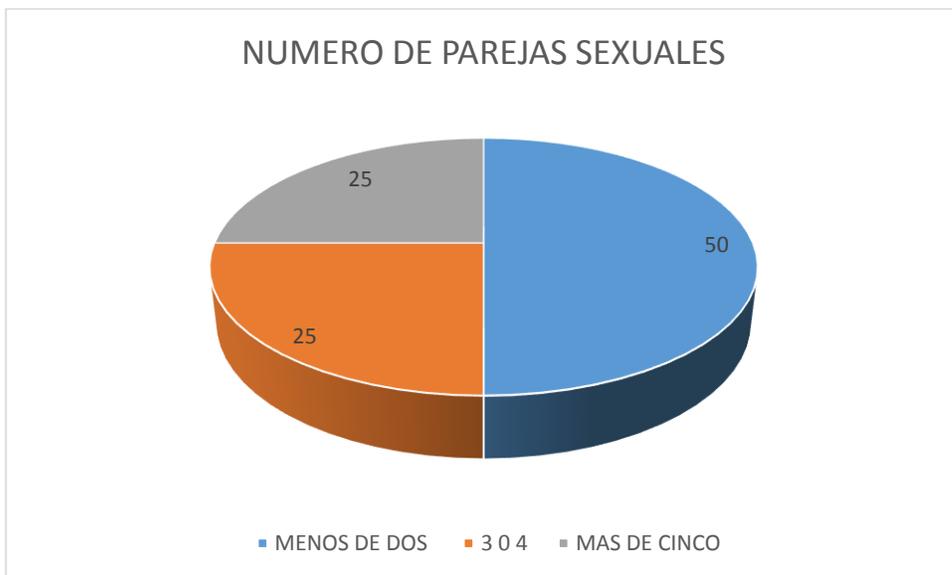


TABLA N°2: CUATRO COMPARATIVO ENTRE VPH Y PAP

PRUEBA DE TAMIZAJE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	CARACTERISTICAS	Colum
PAP	Moderada (44-78%)	Elevado (91-96%)	Requiere infraestructuras sanitarias adecuadas; se hacen en el laboratorio; formación y control de calidad estrictos. Se realiza cada dos años.	
VPH	Elevado (66-100%)	moderado (61-96%)	Se hacen en laboratorio; rendimiento elevado; objetivo, reproducible y robusto; actualmente caro. Se realiza cada cinco años.	

4. Conocer los principales factores de riesgo que intervienen en el desarrollo del virus del papiloma humano en mujeres en edad reproductiva en San Ildefonso.

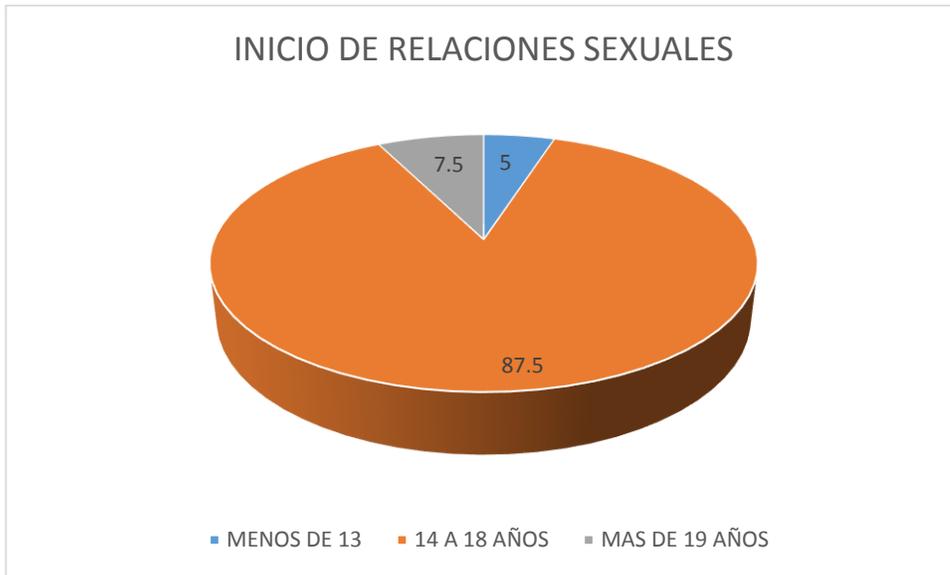
GRAFICO N° 9: factores de riesgo relacionados con el virus del papiloma humano.



FUENTE: instrumento de recolección de datos

Entre las doscientas pacientes encuestadas, al evaluar el número de parejas sexuales el 50% han tenido menos de dos parejas, el 25% de 3 a 4 parejas y el 25% restantes más de cinco parejas.

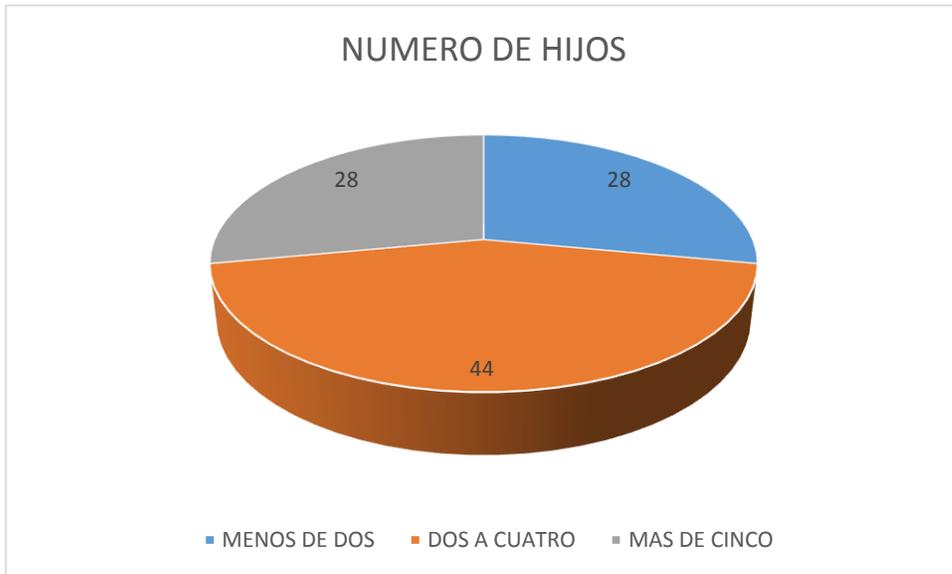
GRAFICO 10: relación del Virus del Papiloma Humano con el inicio de las relaciones sexuales.



FUENTE: instrumento de recolección de datos

De la población de 200 mujeres en edad reproductiva el 87.5% iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 y 18 años, el 5% menos de los 13 años y el 7.5% iniciaron relaciones después de los 19 años.

GRAFICA N°11: relación del Virus del Papiloma Humano con el número de hijos.



FUENTE: instrumento de recolección de datos

En cuanto al número de hijos el 44% de mujeres tienen de dos a cuatro hijos, el 28% presenta más de cinco hijos y el 28% restantes menos de dos hijos.

GRAFICA N°12: relación de los factores de riesgo con las pruebas positivas.

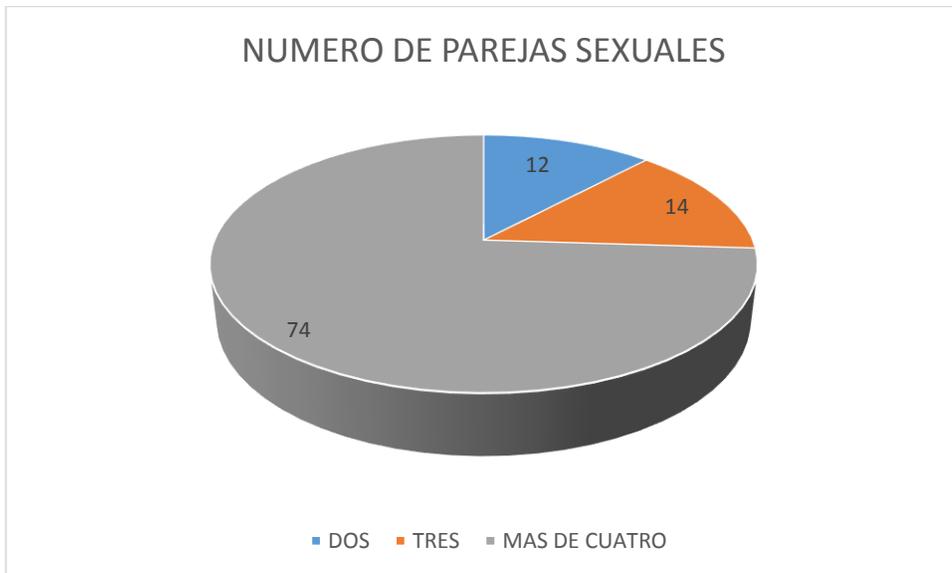


FUENTE: instrumento de recolección de datos

En relación con las pruebas positivas y los factores de riesgo que el 88.88 de las pruebas positivas se relacionan con tres factores de riesgo, y el 11.11% presenta cuatro factores de riesgo, con lo que se puede decir que la presencia de factores de riesgo predispone al cáncer cervico uterino.

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

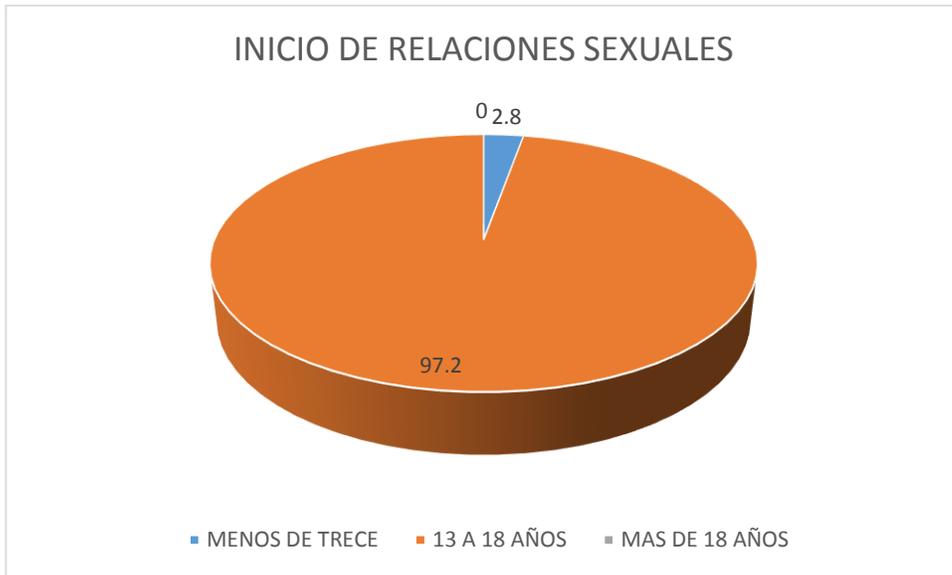
GRAFICA N° 13: porcentaje de pacientes con pruebas anormales o positivas relacionadas con el número de parejas sexuales.



FUENTE: instrumento de recolección de datos

De las 37 pruebas positivas, 74% tienen más de cuatro parejas sexuales, el 14% tres parejas y el 12% dos parejas.

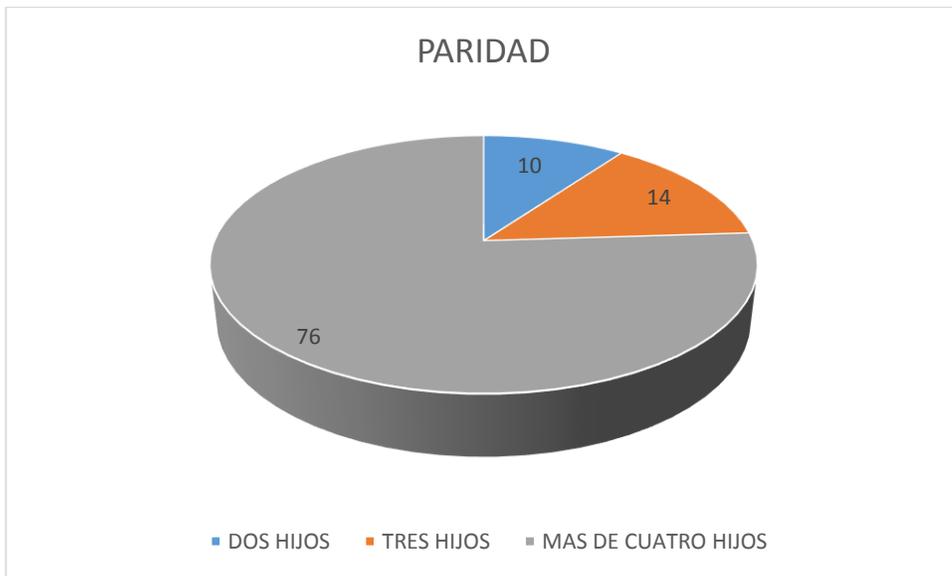
GRAFICA N°14: porcentaje de paciente con pruebas anormales o positivas con relación al inicio de relaciones sexuales.



FUENTE: instrumento de recolección de datos

El 97.2 de las mujeres en edad reproductiva con prueba de tamizaje positiva iniciaron sus relaciones sexuales entre los trece y dieciocho años, el 2.8% menos de los trece años.

GRAFICA N°15: relación de paridad con el porcentaje de las pruebas positivas o anormales.



FUENTE: instrumento de recolección de datos

En cuanto a la paridad 76% de las mujeres tienen más de cuatro hijos, el 14% presentan tres hijos y el 10% dos hijos.

VII- DISCUSION

Para la Organización Mundial de la Salud (20) la infección persistente por tipo de VPH oncogénicos es una condición previa para que se desarrolle cáncer cervico uterino, se trata de una enfermedad que afecta aproximadamente a 500000 mujeres y provoca alrededor de 260.000 muertes en todo el mundo; siendo los tipo 16 y 18 los más agresivos causando un 70% del total de cáncer cervico uterino; haciendo de este uno de los principales problemas de salud pública; como en todo proceso cancerígeno la identificación de factores de riesgo hacen que las intervenciones de prevención surtan efecto reductor en el resultado final del cáncer. Si a esta situación sumamos los denominados tipo de alto riesgo que generan lesiones pre cancerosas coloca a esta infección como de importancia capital para evaluar la salud de las mujeres.

En el presente estudio en una población de 1220 que son las mujeres en edad reproductiva del municipio de san Ildefonso, de las cuales se toma una muestra de cien pacientes para la toma de VPH CARE Y cien para la toma de PAP. Dentro de los datos generales recolectados el mayor porcentaje de las mujeres en edad reproductiva de encuentran en el área rural y solamente han cursado primaria.

La incidencia de nuestra población es de 11% de las muestras que se le tomo VPH se reportó positiva y el 26% de los PAP se reportaron positivos a VPH. Además de la incidencia el estudio abarcaba también medir el conocimiento que posee la población sobre lo que son las pruebas de tamizaje para cáncer cervico uterino, así como también la relación del virus del papiloma humano y el cáncer cervico-uterino, dentro de los resultados obtenidos se observó que la población conoce y se practica periódicamente su PAP pero desconocen las nuevas pruebas para la detección así como también la relación entre VPH y el cáncer cervico-uterino.

El cáncer de cuello uterino sigue siendo un problema de salud pública en Latinoamérica. El uso de la citología para la detección de lesiones pre-cancerosas no ha tenido mayor impacto en las tasas de incidencia y mortalidad, que aún se mantienen altas en la región. La disponibilidad de nuevas técnicas de tamizaje para la detección de lesiones pre-cancerosas y de vacunas altamente eficaces que previenen casi todas las lesiones relacionadas con VPH-16 y VPH-18 en mujeres no expuestas previamente al virus representan una gran oportunidad para la prevención del cáncer de cuello uterino en la región, y como se ha demostrado en esta investigación los factores de riesgo son variados y aunque en este estudio se demostró uno de ellos como estadísticamente significativo pone en alerta sobre estos factores que pueden generar tareas preventivas.

Dentro de los factores de riesgo se pudo demostrar que hay ciertos factores predisponente para la presencia del VPH como lo son la multiparidad, el inicio de relaciones sexuales, el número de parejas. Dentro de las pacientes con pruebas de tamizaje positivas se observó que tienen relación con tres o más factores de riesgo.

VIII- CONCLUSIONES

-Incidencia del virus del papiloma humano en la toma de VPH es de 11% y del PAP tiene una de 26%.

-se llegó a la conclusión que el mayor porcentaje de mujeres DE 30-59 años en san Ildefonso solamente ha cursado primaria y residen el área rural.

-la población encuestada conoce y reconoce como prueba de tamizaje el PAP así como también la frecuencia de realización de dicho examen al contrario el VPH CARE es de total desconocimiento de la población, así como también existe muy poca información acerca del virus del papiloma humano y su relación con el cáncer cervico-utrino.

-También se pudo observar que todas las pacientes que presentaron pruebas positivas se relacionan o tres o más factores de riesgo, por lo cual podemos decir que el nivel educativo, el inicio de relaciones sexuales, número de parejas y la paridad son factores que influyen mucho para que se presente el VPH y por lo tanto se genere un cáncer cervico-uterino.

IX- RECOMENDACIONES

AL MINSAL:

- 1- Que implemente como prueba de tamizaje el vph care para la detección temprana de cáncer cervico-uterino.
- 2- Utilizar técnicas educativas para impartir temas de relevancia para la población como es el VPH, formas de transmisión, pruebas de tamizaje t relación con el cáncer cervico-uterino.
- 3- Que se dé la búsqueda activa de pacientes faltistas de pruebas de tamizaje de cáncer cervico uterino.
- 4- Continuar con otras investigaciones sobre el tema de VPH.

A LAS PACIENTES;

- 1- Que se realicen su PAP o VPH CARE de forma periódica como control.
- 2- Realizar prácticas sexuales responsables.
- 3- Resolver dudas sobre temas de relevancia para su salud con el personal de salud.

X- BIBLIOGRAFIA

1. Diagnóstico Situacional del Cáncer en El Salvador, diciembre 2014.
2. GLOBOCAN. Estimación mundial de la incidencia, prevalencia y mortalidad del cáncer 2012.
3. Programas Nacionales de lucha contra el Cáncer.
4. Directrices sobre Política y gestión. OMS. Segunda Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2006. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2006;55(RR-11). Disponible en: www.cdc.gov/STD/treatment/. edición. 2002.
5. Sanabria J. Virus del Papiloma humano. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2009 Dic; 13(4): 168-187. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561&lng=es.
6. Gerberding, JL. Report to Congress: Human Papillomavirus: Surveillance and Prevention Research. Aug 2003. Available from: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en t: <http://www.cdc.gov/std/HPV/2004HPV%20Report.pdf>.
7. Centers for Disease Control and Prevention. VPH. Virus del papiloma: Información sobre el VPH para los médicos. 2007. Disponible en: http://www.ginecoweb.com/PDF/CDC_HP_V_ClinicianBro_2007.pdf

XI- ANEXOS

Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Uso de PAP y VPH CARE en mujeres de 30 A 59 años, para la obtención de incidencia, principales factores de riesgo asociados con el virus del papiloma humano y la relación causal del HPV con el Cáncer Uterino en San Ildefonso, San Vicente. Marzo-Agosto 2016””

San Salvador, _____ de JUNIO de 2016.

Objetivo general:

Procedimientos: Su participación consiste en la realización de una encuesta con preguntas cerradas, además de la toma de PAP o VPH CARE.

- Posibles riesgos y molestias:

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de aceptar o no aceptar la invitación.

- Beneficios:

La encuesta ayudará a mejorar los conocimientos por parte de la comunidad acerca del tema a investigar.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Además del beneficio que ofrece la prueba de tamizaje, que nos ayuda a identificar precozmente la presencia del virus del papiloma humano u alguna lesión pre maligna.

Lugar donde se realizará el estudio:

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica realizada por estudiantes en su año social de la carrera de Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

1. OBJETIVO DEL ESTUDIO
2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO
3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO
4. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aún cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Anexo n° 2: carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como miembro de la comunidad de san Ildefonso, San Vicente, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio que lleva por nombre **“Uso de PAP y VPH CARE en mujeres de 30 A 59 años, para la obtención de incidencia, principales factores de riesgo asociados con el virus del papiloma humano y la relación causal del HPV con el Cáncer Uterino en San Ildefonso, San Vicente. Marzo-Agosto 2016”** pueden ser publicados o difundidos anónimamente con fines de estudio. Convengo en participar en este estudio de investigación.

_____	Edad: _____
Firma	
_____	Hora: _____
Fecha	

Investigador:

He explicado al Sr(a). _____
la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA
ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD IX



TITULO: “Uso de PAP y VPH CARE en mujeres de 30 A 59 años, para la obtención de incidencia, principales factores de riesgo asociados con el virus del papiloma humano y la relación causal del HPV con el Cáncer Uterino en San Ildefonso, San Vicente. Marzo-Agosto 2016”

OBJETIVO: Determinar la incidencia y factores de riesgo del virus del papiloma humano en mujeres de 30 a 59 años utilizando el PAP y VPH CARE en San Ildefonso-San Vicente.

INDICACIONES: Completar cada uno de los espacios asignados con la información proporcionada por el encuestado.

INFORMACIÓN GENERAL DEL ENCUESTADO

Edad: _____

Grado de escolaridad: _____

Dirección: _____

Fecha de último PAP: _____

1. ¿Conoce usted para qué sirve la toma de la citología?
Si _____ No _____

2. Cada cuánto se debe realizar su citología:
6 meses _____
1 año _____
2 años _____
Más de dos años _____

3. ¿Conoce usted en que nos sirve la toma del VPH CARE?
Si _____ No _____

4. Sabe usted en cuanto tiempo debe realizar el VPH care nuevamente:
1 año _____ No sabe _____
2 años _____
5 años _____

5. Ha escuchado hablar del virus del papiloma humano:
Si _____ No _____

6. Si su respuesta es positiva, ¿Sabe usted si el VPH se relaciona con cáncer?:
Si se relacionan _____ No se relacionan _____ No sabe _____

7. Formas de contagio del virus del papiloma humano:
Sexual _____ No sabe _____
Mala higiene _____
Fluidos corporales(sangre, saliva, orina) _____
Otro _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

FUR:

FORMULA OBSTETRICA:

FUP:

INICIO DE RELACIONES SEXUALES:

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES:

USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR:

- NINGUNO _____
- DIU _____
- OTRO _____
- ACO _____
- INYECTAABLE _____
- METODOS DE BARRERA _____
- ESTERELIZACION _____

ETAPAS Y CRONOGRAMA

DURACIÓN	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
FASE 1: PLANEACION Y ORGANIZACIÓN						
Identificación y delimitación del problema						
Antecedentes						
Justificación						
Planteamiento del Problema						
Formulación de objetivos						
Diseño Metodológico						
Marco teórico						
Asesoría 1	29-02-16 al 04-02-16					

Asesoría 2		04 al 08				
Asesoría 3			09-13			
FASE 2: EJECUCION						
Recolección de información						
Recuento de información						
Presentación de información (tablas y gráficos)						
Asesoría 4					04-08	
Descripción de análisis estadístico						
FASE 3: PRESENTACION DE INFORME						
Elaboración del informe final						
Entrega del informe final						26-08-16
Presentación						26-30 SEPTIEMB RE

OBJETIVO 1

TABLA N° 1:INCIDENCIA DE VPH

VPH CARE	NUMERO	%
POSITIVAS	11	11
NEGATIVAS	89	89
TORAL	100	100

FUENTE: instrumento de recolección de datos

TABLA N°2: INCIDENCIA DE PAP

PAP	NUMERO	%
POSITIVAS	26	26
NEGATIVAS	73	73
TORAL	100	100

FUENTE: instrumento de recolección de datos

TABLA N°3: UTILIDAD DE PAP

UTILIDAD PAP	NUMERO	%
SI	190	95
NO	10	5
TORAL	200	200

FUENTE: instrumento de recolección de datos

TABLA N° 4: INTERVALO DE REALIZACION

INTERVALOS DE PAP	NUMERO	%
6 MESES	5	2.5
1 AÑO	105	52.5
2 AÑOS	55	27.5
NO SABE	10	5
MAS DE 2 AÑOS	25	12.5
TOTAL	200	200

FUENTE: instrumento de recolección de datos

TABLA 5: CONOCIMIENTO SOBRE VPH

variable	%	N°
SI	2.5	5
NO	97.5	195
TOTAL	100	200

FUENTE: instrumento de recolección de datos

TABLA N° 6: UTILIDAD DEL VPH

UTILIDAD VPH CARE	%	NUMERO
SI	3	6
NO	97	194
TOTAL	100	200

FUENTE: instrumento de recolección de datos

TABLA N°7: FORMAS DE CONTAGIO DEL VPH

FORMAS DE CONTAGIO DE VPH	%	N°
MALA HIGIENE	0	0
SECRECIONES	0	0
SEXUAL	0	0
NO SABEN	100	200
TOTAL	100	200

FUENTE: instrumento de recolección de datos

OBETIVO N° 4

TABLA N°8: FACTORES DE RIESGO QUE SE RELACIONAN CON EL VPH

NUMERO DE PAREJAS	%	N°
MENOS DE DOS	50	100
3 O 4	25	50
MAS DE CINCO	25	50
TOTAL	100	200

FUENTE: instrumento de recolección de datos

TABLA N°9: FACTORES DE RIESGO QUE SE RELACIONAN CON EL VPH

NUMERO DE HIJOS	%	N°
MENOS DE DOS	28	56
DOS A CUATRO	44	88
MAS DE CINCO	28	56
TOTAL	100	200

FUENTE: instrumento de recolección de datos

TABLA N°10: FACTORES DE RIESGO QUE SE RELACIONAN CON EL VPH

RELACION PRUEBAS POSITIVAS CON FACTORES DE RIESGO	%	N°
UN FACTOR DD RIESGO	0	0
DOS FACTORES DE RIESGO	0	0
TRES FACTORES DE RIESGO	88.88	32
CUATRO FACTORES DE RIESGO	11.11	5
TOTAL	100	37

FUENTE: instrumento de recolección de datos

TABLA N°11: FACTORES DE RIESGO QUE SE RELACIONAN CON EL VPH EN PRUEBAS POSITIVAS O ANORMALES.

NUMERO DE PAREJAS	%	N°
DOS	12	4
TRES	14	5
MAS DE CUATRO	74	27
TOTAL	100	37

FUENTE: instrumento de recolección de datos

TABLA N°12: FACTORES DE RIESGO QUE SE RELACIONAN CON EL VPH EN PRUEBAS POSITIVAS O ANORMALES.

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	%	N°
MENOS DE TRECE	2.8	1
13 A 18 AÑOS	97.2	36
MAS DE 18 AÑOS	0	0
TOTAL	100	37
FUENTE: instrumento de recolección de datos		

TABLA N°13: FACTORES DE RIESGO QUE SE RELACIONAN CON EL VPH EN LAS PRUEBAS POSITIVAS.

PARIDAD	%	N°
DOS HIJOS	10	3
TRES HIJOS	14	5
MAS DE CUATRO HIJOS	76	28
TOTAL	100	37

FUENTE: instrumento de recolección de datos