

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



INFORME FINAL DE INVESTIGACION:

DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO A TRAVÉS DE LA PRUEBA DE TAMIZAJE UTILIZANDO CYTOBRUSH EN MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILAR EL JUTAL, JUCUARÁN, USULUTÁN; MONTECA, NUEVA ESPARTA LA UNIÓN Y LAGUNETAS, JOCORO MORAZÁN AÑO 2019

PRESENTADO POR:

GABRIELA AUXILIADORA PALACIOS LAZO
XIOMARA GUADALUPE PÉREZ QUINTANILLA
MONICA LISSETTE SOLÍS ELÍAS

PARA OPTAR AL TITULO DE:

DOCTORA EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DOCTOR. AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN.

DICIEMBRE DE 2019

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADEMICO

INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

INGENIERO FRANCISCO ALARCON

SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS

VICEDECANO

LICENCIADO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA

SECRETARIO INTERINO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

MSC. ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES

JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

**COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE DOCTORADO
EN MEDICINA**

ASESORES

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

ASESORA METODOLÓGICA

TRIBUNAL CALIFICADOR

DOCTORA NORMA OZIRIS SANCHEZ DE JAIME

PRESIDENTE

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

SECRETARIO

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN

VOCAL

Gabriela Auxiliadora Palacios Lazo	Carné N°: PL10004
Xiomara Guadalupe Pérez Quintanilla	Carné N°: PQ11003
Monica Lisette Solís Elías	Carné N°: SE07004

DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO A TRAVÉS DE LA PRUEBA DE TAMIZAJE UTILIZANDO CYTOBRUSH EN MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR EL JUTAL, JUCUARÁN, USULUTÁN; MONTECA, NUEVA ESPARTA LA UNIÓN Y LAGUNETAS, JOCORO MORAZÁN AÑO 2019

Este trabajo de investigación fue revisado, **evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor (a) en Medicina por la Universidad de El Salvador.

Dra. Ana Judith Guatemala de Castro
Tribunal Calificador

Dra. Norma Osiriz Sánchez de Jaime
Tribunal Calificador

Dr. Amadeo Arturo Cabrera Guillén
Docente Asesor

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo
Coordinadora General de Procesos de Graduación

Vo. Bo. Msc. Roxana Margarita Canales Robles
Jefa del Departamento

San Miguel, El Salvador, Centro América, diciembre de 2019

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Todopoderoso y a nuestra Santísima Virgen María por haberme dado salud, sabiduría, conocimiento, paciencia, perseverancia y sobre todo su amor incondicional para alcanzar esta meta que iniciamos juntos y que hoy no fuera posible sin su bendición.

A mi madre:

María Dolores Lazo, por ser el pilar fundamental y regalarme la mejor herencia de mi vida, por acompañarme en cada una de las etapas de la carrera por difícil que fuera, por todo su sacrificio y creer siempre en mí, por ser mi apoyo incondicional, por crear en mi ese espíritu de lucha y enseñarme a que todo lo podemos lograr con esfuerzo y dedicación, este triunfo es tuyo, Te Amo.

A mi padre:

Domingo Palacios, por su apoyo durante todos mis estudios y enseñarme que lo más valioso que él me podría dar en la vida era estudiar y superarme constantemente.

A mi Abuela y demás familia:

María Dolores Ortez de Lazo, por todos sus consejos y oraciones, por enseñarme a nunca rendirme y creer en mí siempre, por enseñarme a ser una mujer valiente y por inculcar en mí principios y valores; gracias por todo su cariño; a toda mi familia por siempre tener palabras de apoyo, por celebrar todos mis triunfos y ayudarme a levantarme en adversidades, por ser incondicionales conmigo y ayudarme siempre cuando los necesito, son la mejor familia que Dios me regalo, los quiero a todos.

A mi esposo:

Carlos Fidel Villatoro, por ser uno de los regalos de Dios para mi vida, por estar de principio a fin apoyándome incondicionalmente durante mi carrera, por todo su amor sincero, por su comprensión en momentos difíciles y por motivarme siempre a seguir adelante para lograr mis metas, por celebrar cada logro de mi vida, por creer en mí y estar siempre para mí, infinitas gracias.

A mis compañeros de tesis:

Xiomara y Mónica, gracias por todo el apoyo brindado, no hubiera sido posible sin ustedes, gracias por ser las mejores. A nuestro asesor de tesis Dr. Amadeo Cabrera, quién con mucha dedicación y sabiduría, nos condujo para hacer posible esta investigación con un resultado exitoso.

Finalmente agradecer a Dios por siempre poner en nuestro camino personas que nos enseñan a ser mejores y este año me regalo la oportunidad de conocer una mujer increíble a quien agradezco todo su apoyo y todo su cariño Sra. Azucena de Aguilar, gracias al personal de UCSF Lagunetas por todo su apoyo ha sido muy valioso.

Gabriela Auxiliadora Palacios Lazo

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Todopoderoso y a nuestra Santísima Virgen María por darme la oportunidad de culminar este proceso tan importante en mi vida, por ser mi guía y mi luz en mis momentos difíciles y en los mejores momentos.

A mis queridos padres:

A mi madre y a mi padre por regalarme la mejor herencia que se le puede dar a un hijo, la oportunidad de ser un profesional, por creer en mí, porque ante las dificultades nunca desistieron y permanecieron a mi lado, este triunfo es para ustedes mis queridos padres.

A hermanas y abuelos:

A mis hermanas y mis abuelos Ana y Juan Manuel por su amor incondicional, por cada palabra de aliento que sembraron en mí y se convirtieron en fruto, porque han estado a mi lado en toda mi carrera y, al resto de mi familia gracias por todo su apoyo.

A mis compañeros de tesis:

Todo esto no hubiese sido posible sin mis compañeros de tesis, Xiomara y Gabriela, y a nuestro asesor de tesis Dr. Amadeo Cabrera, quién con mucha dedicación y esfuerzo pudimos llevar a cabo esta investigación con un resultado exitoso, son el mejor grupo de tesis.

Dios pone en nuestro camino personas que marcan la vida, quiero agradecerle a la familia Sierra y al personal de UCSF Monteca por ser parte importante y esencial de mi año social y de mi investigación, su apoyo ha sido muy valioso.

Monica Lissette Solís Elías

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por acompañar y guiar mis pasos durante toda la carrera, porque en su infinito amor y misericordia, me permitió terminar mi carrera universitaria y alcanzar uno de mis más grandes sueños.

A mi madre:

Olimpia Elizabeth Quintanilla, a quien me debo, no puedo tenerte físicamente, pero sé que está presente en mi corazón, por todo su sacrificio, por inculcarme valores, cariño, comprensión, consejos, pero sobre todo el más lindo y sincero amor; por dejarme los más bellos recuerdos, nunca dejare de agradecerle, estará en mi memoria siempre para impulsarme a ser una persona valiente y esforzarme por lograr todos mis sueños y cumplir mis objetivos.

A mi hermana:

Krissia Elizabeth Quintanilla por celebrar mis triunfos, pero también por estar ahí en los momentos difíciles, por ese cariño y apoyo incondicional, por ser uno de los principales motores para sobreponerme a todas las adversidades, por hacer más alegres y livianos mis días, te quiero mucho e infinitas gracias.

A mi padre:

Salvador Humberto Pérez Orellana, por sus consejos, por mostrarme el camino hacia la superación con su ejemplo de vocación, trabajo constante, disciplina y responsabilidad para poder alcanzar todas mis metas.

A mi novio:

Saúl Fabricio Villegas Lima por su apoyo en los momentos difíciles, por toda su comprensión y su motivación constante para que lograra alcanzar todas mis metas, por llenarme de afecto y cariño sincero, pero sobre todo por acercarme a Dios y ponerlo en primer lugar como guía y centro de mi vida.

Xiomara Guadalupe Pérez Quintanilla

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
Lista de tablas.....	xi
Lista de Gráficos.....	xii
Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Anexos.....	xiv
Resumen.....	xv
Introducción.....	1
1. Planteamiento del problema.....	1
2. Marco Teórico.....	6
3. Sistema de Hipótesis.....	27
4. Diseño Metodológico.....	32
5. Resultados.....	39
6. Discusión.....	69
7. Conclusiones.....	71
8. Recomendaciones.....	72
9. Referencias Bibliográficas.....	75

LISTA DE TABLAS O CUADROS

Página

Tabla N°1. Opciones para el manejo de mujeres con diagnóstico VPH positivo según cantidad de visitas requeridas	24
Tabla N°2. Consejería para mujeres con resultados positivos de la prueba VPH	26
Tabla N°3. Distribución de la población por establecimiento	32
Tabla N° 4. Distribución de la muestra según establecimiento de salud	35
Tabla N° 5. Características sociodemográficas, distribución por grupos etarios ..	39
Tabla N° 6. Características sociodemográficas, escolaridad.....	40
Tabla N° 7. Características sociodemográficas, ocupación.....	42
Tabla N° 8. Características socioeconómicas, ingresos económicos.....	43
Tabla N° 9. Resultado de conocimiento de las usuarias sobre VPH	44
Tabla N° 10. Resultado sobre la obtención de información sobre el VPH.....	45
Tabla N° 11. Formas de transmisión del VPH	47
Tabla N° 12. Relación del virus del papiloma humano con cáncer cervicouterino	48
Tabla N° 13. Estado civil de usuarias	50
Tabla N° 14. Mujeres que actualmente viven con su pareja.....	51
Tabla N° 15. Mujeres con relaciones sexuales ocasionales	53
Tabla N°16. Frecuencia de inicio de relaciones sexuales.....	54
Tabla N°17. Frecuencia de compañeros sexuales	56
Tabla N°18. Frecuencia de parejas sexuales compañero de vida.....	57
Tabla N°19. Resultado sobre el uso de preservativo al tener relaciones sexuales	59
Tabla N°20. Resultado sobre práctica de relaciones sexuales orales o anales...	60
Tabla N°21. Resultado sobre práctica de relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.....	61
Tabla N°22. Resultado sobre cuantos embarazos ha tenido.....	62
Tabla N°23. Resultado sobre cuántos hijos vivos tiene	64
Tabla N°24. Resultado sobre patologías en las usuarias investigadas	65

LISTA DE FIGURAS

Página

Figura N °1. Cuello uterino	78
Figura N°2. Kit para toma de Prueba de Virus del Papiloma Humano.	79
Figura N°3. CYTOBRUSH utilizado en la Prueba de Virus del Papiloma Humano	80

LISTA DE ANEXOS

Página

Anexo 1. Consentimiento Informado.....	81
Anexo 2. Cedula de Entrevista	83
Anexo 3. Cronograma de Actividades	86
Anexo 4. Presupuesto y Financiamiento	87
Anexo 5. Glosario	88

RESUMEN.

El virus del papiloma humano (VPH) es el causante del cáncer de cuello de útero, ocupa el cuarto lugar entre los tipos más comunes de cáncer que afectan a mujeres y es la infección sexualmente transmitida más común que existe. **Los objetivos** se basaron en la detección precoz del virus del papiloma humano a través de la realización de la prueba, determinar la tasa de incidencia, identificar principales factores de riesgo y alternativas terapéuticas para usuarias con resultados positivos. **Metodología** la investigación se realizó con un enfoque descriptivo, transversal, de tipo prospectivo. La técnica de recolección de datos fue la entrevista a una población de 170 mujeres, entre los 30 y 59 años de edad que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión de las unidades de salud de Jucuarán, Monteca y Lagunetas, tras la aprobación mediante un consentimiento informado. Dentro de los **resultados destacados** con la prueba de hipótesis se logró determinar que la tasa de incidencia de infección por el VPH es de 13.9% siendo menor que la tasa nacional que es de 24.8%, se identificaron las diferentes características sociodemográficas consideradas como factores de riesgo en las pacientes con resultados positivos y determinar las alternativas terapéuticas para las usuarias. En **conclusión**, se determinó una menor tasa de incidencia en las comunidades rurales en estudio y se identificó que el principal factor de riesgo para contraer la infección del VPH es el inicio de relaciones sexuales siendo menor de edad donde el 91% de usuarias con resultado positivo iniciaron relaciones sexuales antes de los 19 años de edad. Por tanto, debe considerarse que la prueba de tamizaje VPH Care es una herramienta de fácil acceso a las usuarias, por lo que deben realizarse estrategias para fortalecer la educación y promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.

Palabras clave: virus del papiloma humano, incidencia, factores de riesgo, infección, relaciones sexuales, tamizaje, detección.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El virus del papiloma humano (VPH) causante del cáncer de cuello de útero, ocupa el cuarto lugar entre los tipos más comunes de cáncer que afectan a mujeres, con un número estimado de 266 000 muertes y unos 528 000 nuevos casos en 2012. La gran mayoría (alrededor del 85%) de esas muertes se produjeron en las regiones menos desarrolladas, donde es el causante de casi el 12% de todos los cánceres femeninos.¹

A nivel mundial se han detectado cifras elevadas en la incidencia del virus del papiloma humano; según *Section of Cancer Surveillance* para el 2017 era de 24.8/100,000 mujeres por año, con una mortalidad de 11.9/100,000 mujeres por año.¹

En Centroamérica Nicaragua es el país que ocupa la tasa de incidencia más alta con un 36.2% y una mortalidad de 18.3% por 100,000 mujeres y el país con las cifras más bajas es Costa Rica con una incidencia de 11.4% y una mortalidad de 4.4% por 100,000 mujeres para el año 2017. El Salvador ocupa a nivel Centroamericano el tercer lugar en incidencia con una tasa de 24.8% y el cuarto lugar de mortalidad con 11.9% por 100,000 mujeres al año.¹

El cáncer cervical es una enfermedad prevenible en gran medida, pero en todo el mundo es una de las principales causas de muerte por cáncer en las mujeres. La mayoría de las muertes ocurren en países de ingresos bajos a medios.²

Para el año 2012 en El Salvador inició el programa piloto careVPH para la región Paracentral, tamizando un aproximado de 28,000 mujeres obteniendo una positividad de 12% con seguimiento y tratamiento en nivel local.¹

En el estudio de detección precoz del virus del papiloma humano a nivel Oriental al correlacionar la incidencia de los departamentos a los cuales pertenecen las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de la investigación el departamento con mayor incidencia es Usulután con 50 casos detectados, Morazán con 17 casos detectados y La Unión con 7 casos detectados todos desde el periodo del año 2013-2017. Para el

año 2019 el Ministerio de Salud en coordinación con la Región Oriental han implementado ampliar la cobertura del programa ya existente en otras zonas de País careVPH con énfasis en las áreas rurales, ya que son las mujeres de esta población las más vulnerables y con mayores factores de riesgos existentes para ser portadores de este virus.¹

Por tanto, la creación de entornos saludables, el reforzamiento de acciones comunitarias, educativas y de salud, que propicien el desarrollo de este programa en el primer nivel de atención principalmente de las Unidades Comunitarias que se encuentran en el área rural, nos permitirá identificar los factores de riesgo en las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión para realizar el tamizaje y poder de esta manera realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno en todas aquellas usuarias en las que el tamizaje resulte positivo.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la situación actual de infección por el Virus de Papiloma Humano en las usuarias de 30 a 59 años que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar El Jutal, municipio de Jucuarán, Usulután, ¿Unidad Comunitaria de Salud Familiar Monteca, municipio de Nueva Esparta, ¿La Unión, ¿Unidad Comunitaria de Salud Familiar Lagunetas municipio Jococho, Morazán?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los papilomavirus son un grupo de virus muy comunes a nivel mundial, ya que se cuentan con más de 100 tipos de cepas. Al menos unos 14 son oncogénicos, siendo el hombre el único reservorio de este virus y dentro de ellas la más frecuente son los tipos 16 y 18 quienes causan alrededor del 70% del Cáncer Cervico-Uterino y lesiones precancerosas del cuello uterino.²

Todas las mujeres corren el riesgo de contraer las infecciones por el virus del papiloma humano al iniciar una vida sexual activa, por lo que se ha implementado dentro del Ministerio de Salud diferentes estrategias para determinar el diagnóstico precoz del Virus del Papiloma Humano, tomando como objeto de estudio a mujeres desde el inicio de su adolescencia hasta el climaterio e implementando técnicas en mujeres

comprendidas en edades entre 30 a 59 años debido a que la prevalencia para esta patología se da entre los 20 y 30 años y 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 aunque esto puede variar alrededor del mundo.³

Según estudios realizados por la OMS hay un incremento del Cáncer Cervico-Uterino por Virus de Papiloma Humano en los últimos años; teniendo para el 2018 aproximadamente 570,000 casos nuevos que representan el 7.5% de la mortalidad femenina. En Centroamérica Nicaragua es el país que ocupa la tasa de incidencia más alta con un 36.2% y una mortalidad de 18.3% por 100,000 mujeres y el país con las cifras más bajas es Costa Rica con una incidencia de 11.4% y una mortalidad de 4.4% por 100,000 mujeres para el año 2017. El Salvador ocupa a nivel Centroamericano el tercer lugar en incidencia con una tasa de 24.8% y el cuarto lugar de mortalidad con 11.9% por 100,000 mujeres al año. ²

En 2012, se diagnosticaron 528,000 nuevos casos de cáncer cervical en todo el mundo; de estos, una gran mayoría, más del 85% ocurrió en regiones menos desarrolladas. En el mismo año, 266,000 mujeres murieron de cáncer cervical en todo el mundo; casi 9 de cada 10 de ellos, o 231,000 mujeres en total, vivieron y murieron en países de ingresos bajos a medios. En contraste, 35,000, o solo 1 de cada 10 de estas mujeres, vivieron y murieron en países de altos ingresos.²

En el 2012 nace una organización llamada Basic Health International que tiene como misión erradicar en las mujeres el Cáncer Cervico-Uterino mediante la detección temprana del Virus del Papiloma Humano y el tratamiento precoz, en el cual mediante una muestra de 50 mujeres a quienes se les realizó el tamizaje acompañado de una encuesta con el objetivo de identificar las diferentes características sociodemográficas consideradas como factores de riesgo para adolecer de la infección en las pacientes con resultados positivos y poder determinar las posibles alternativas de tratamiento para las usuarias.³

Por lo cual el Ministerio de Salud junto con Basic Health International para el 2019 decide implementar dentro del enfoque integral para la prevención y control de Cáncer

Cervico-Uterino la prueba de tamizaje VPH Care debido al incremento de las cifras de dicha patología, fue desarrollada por Qiagen con el apoyo de PATH y la Fundación Bill y Melinda Gates; fue diseñado específicamente para su uso en entornos de bajos recursos. Es portátil, rápido y puede ser realizado por un trabajador de salud mínimamente capacitado.⁴

Es una prueba de amplificación de señal y diagnóstico de lote rápido para la detección de ADN de HPV de alto riesgo. La prueba HPV Care permite la detección cualitativa de 14 tipos de ADN de HPV de alto riesgo en muestras cervicales y vaginales en entornos de recursos limitados y está indicado como prueba de detección primaria en mujeres de 30 años o más para detectar una infección por VPH de alto riesgo.⁵

Se realiza en mujeres de 30 a 59 años que cumplan los criterios de inclusión para la realización de dicha prueba con el objetivo de lograr detectar células anormales o lesiones precancerosas en el cuello uterino que se obtiene con el cepillado o raspado del citobrush y con la participación de actividad del personal de salud a través de la promoción y prevención del Cáncer Cervico-Uterino.

El beneficio de esta prueba de tamizaje es ofrecer una respuesta integral a esta problemática conocer la incidencia de los principales factores 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 VPH CARE, con el fin de generar un impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad causada por el virus. ⁴

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Diagnosticar precozmente el virus del papiloma humano a través de la prueba de tamizaje utilizando cytobrush en las unidades comunitarias de salud familiar El Jutal, Jucuarán; Monteca, Nueva Esparta y Lagunetas, Jococho.

1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Determinar la tasa de incidencia del virus del papiloma humano en las pacientes de 30 a 59 años a través de la prueba de tamizaje utilizando cytobrush.
2. Identificar los factores de riesgo que presentan las usuarias con resultado positivo para el virus del papiloma humano.
3. Proponer el manejo terapéutico adecuado a las mujeres con resultado positivo para virus de papiloma humano.

2. MARCO TEORICO

2.1 GENERALIDADES DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

EL Virus del Papiloma Humano (VPH), es la infección sexualmente transmitida más común que existe. Por lo general, es inofensivo y desaparece espontáneamente, pero algunos tipos pueden provocar verrugas genitales o cáncer. El VPH es una causa necesaria, pero no suficiente, para desarrollar cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres se infectan con él, alguna vez en su vida, usualmente al inicio de la actividad sexual. La mayoría de infecciones se resolverán espontáneamente a los 6 y hasta los 24 meses.⁴

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%.⁴

2.2 ANTECEDENTES

Como uno de los más grandes logros de la medicina se encuentra la comprensión de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y su relación causal con algunos tipos de cáncer. La mayoría de las personas con infecciones por este virus no presenta síntomas, por lo que puede pasar inadvertida y haber sido limitada por el hospedero.

La transmisión sexual, como un factor de riesgo para el desarrollo de Cáncer Cervicouterino, fue descrita desde 1842 por Domenico Rigoni-Stern, mientras que el origen infeccioso de las verrugas fue establecido en 1907 por Giuseppe Ciuff.³

Desde la 6ta década del siglo XX cuando Zur Hausen ⁵ 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 premalignas de esta localización y de otras zonas mucosas, son los denominados virus del alto riesgo que tienen alto potencial oncogénico.⁵

Harold zur Hausen es el investigador merecedor del premio Nobel por ser el pionero en la investigación de los VPH relacionados con cáncer. Antes de que zur Hausen y colaboradores en su laboratorio de Alemania, descubrieran y aislaran los virus oncógenos se sospechaba más del virus del herpes simple tipo 2 (HSV-2) y pocos científicos apoyaban la teoría de zur Hausen. Pocos años después, la hipótesis del virus herpes simple 2 se descartó, pues no logró identificarse su genoma en la mayoría de los tumores cervicouterinos.⁵

Para analizar su hipótesis, zur Hausen inició una gran búsqueda de VPH en cualquier tipo de lesiones cervicales. A finales de la década de 1970, se contaba ya con la tecnología de ADN, que se utilizó para aislar el genoma de los VPH identificados en las verrugas. Mediante ensayos de hibridación y restricción demostraron que los virus que aislaron de las diferentes muestras clínicas no eran todos idénticos, así que se procedió a clasificarlos por tipos en 1, 2, 3, 4 y así de forma sucesiva, según se iban descubriendo nuevos subtipos del virus. ⁶

En 1980, con el ADN del VPH1 como sonda, Lutz Gissman (profesor asociado en el laboratorio de zur Hausen), identificó y aisló el genoma del VPH6 de un condiloma acuminado y con la sonda del mismo virus descubrió el VPH11 en un papiloma laríngeo. El punto decisivo ocurrió en 1983, cuando Dürst, Gissman y otros colaboradores de zur Hausen aislaron el VPH16 y un año después el VPH18, a partir de muestras de cáncer cervicouterino (CaCu). Más adelante se demostró que 60% a 70% de las mujeres con CaCu presentaba estos 2 tipos virales.⁶

Esta fue la primera evidencia experimental sólida de la asociación del VPH con el CaCu. De esta forma, se fortaleció la hipótesis del VPH como agente causal del CaCu y creció en gran medida el interés por la investigación entre este virus y otras neoplasias genitales. Al continuar con la investigación, el grupo de zur Hausen descubrió otros tipos virales y mecanismos moleculares en los que los VPH participan en la carcinogénesis.

Gissman, como investigador del grupo de zur Hausen, participó en la búsqueda de los mecanismos de la respuesta inmunitaria del huésped contra el VPH y las células tumorales. Aunque en ese momento no se trabajó directamente en el desarrollo de una

vacuna, sus observaciones han sido de gran utilidad puesto que sentaron las bases para el uso eficaz de los viruslike particles (VIP), que son viriones vacíos, sin genoma viral, producidos en forma recombinante en el laboratorio.⁶

2.3 EPIDEMIOLOGÍA

El virus del papiloma humano (VPH) causante del cáncer de cuello de útero, ocupa el cuarto lugar entre los tipos más comunes de cáncer que afectan a mujeres, con un número estimado de 266 000 muertes y unos 528 000 nuevos casos en 2012. La gran mayoría (alrededor del 85%) de esas muertes se produjeron en las regiones menos desarrolladas, donde es el causante de casi el 12% de todos los cánceres femeninos.²

A nivel mundial se han detectado cifras elevadas en la incidencia del virus del papiloma humano; según Section of Cancer Surveillance para el 2017 era de 24.8/100,000 mujeres por año, con una mortalidad de 11.9/100,000 mujeres por año.

En Centroamérica Nicaragua es el país que ocupa la tasa de incidencia más alta con un 36.2% y una mortalidad de 18.3% por 100,000 mujeres y el país con las cifras más bajas es Costa Rica con una incidencia de 11.4% y una mortalidad de 4.4% por 100,000 mujeres para el año 2017. El Salvador ocupa a nivel Centroamericano el tercer lugar en incidencia con una tasa de 24.8% y el cuarto lugar de mortalidad con 11.9% por 100,000 mujeres al año. ¹

Para el año 2012 en El Salvador inició el programa piloto careVPH para la región Paracentral, tamizando un aproximado de 28,000 mujeres obteniendo una positividad de 12% con seguimiento y tratamiento en nivel local.¹

En el estudio de detección precoz del virus del papiloma humano a nivel Oriental al correlacionar la incidencia de los departamentos a los cuales pertenecen las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de la investigación el departamento con mayor incidencia es Usulután con 50 casos detectados, Morazán con 17 casos detectados y La Unión con 7 casos detectados todos desde el periodo del año 2013-2017.¹

Se calcula que en 2018 hubo 570 000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. De las aproximadamente 311 000 defunciones por

cáncer cervicouterino que se registran cada año, más del 85% se producen en las regiones menos desarrolladas.²

2.4 PATOGENIA

Los Virus del Papiloma Humano (VPH) Fig. 1 son un grupo de virus de ADN de doble banda que pertenecen a la familia Papovaviridae, no poseen envoltura, y tienen un diámetro aproximado de 52-55 nm.⁷

Las partículas virales están compuestas por una cápsida proteica, conformada en un 95% por la proteína L1 y en un 5% por la proteína L2, las cuales se ensamblan para formar capsómeras heicosaédricas³ y que serían usadas para la fabricación de vacunas profilácticas. Hacia el interior de la cápsida se encuentra un DNA circular de doble cadena de aproximadamente 8000 pares de bases, constituido por ocho genes y una región regulatoria no codificante, la cual contiene sitios de unión para factores proteicos y hormonales del hospedero, necesarios para que el virus pueda completar su ciclo de replicación. El genoma del VPH, lo conforman dos tipos de genes, aquellos que son codificados en las etapas tempranas de la infección, conocidos como genes E (del inglés Early = temprano), y aquellos que son codificados durante las etapas tardías del ciclo de replicación del mismo, conocidos como L (del inglés Late = tardío). Se conocen seis genes tempranos: E1, E2, E4, E5, E6 y E7 (aunque se considera que E4 es en realidad un gene tardío), y dos tardíos: L1 y L2. Los genes tempranos codifican proteínas involucradas en la replicación y regulación viral, así como en su capacidad carcinogénica. Por otro lado, los genes tardíos codifican las proteínas estructurales que conforman la cápsida viral. Una región de aproximadamente 4000 pares de bases codifica las proteínas para la replicación viral y la transformación celular; otra región que posee 3000 pares de bases codifica proteínas estructurales de las partículas virales y finalmente una región de 1000 pares de bases que no codifica y contiene los elementos reguladores de la replicación y transcripción del ADN viral.⁷

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. 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.⁸

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 que al parecer siguen fases bien definidas pero variables en la infección transitoria y en el desarrollo de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino que se han determinado por medio de marcadores celulares. Para que estos permanezcan en la población general deben completarlo.⁸

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 dentro de una misma biopsia pueden 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.⁸

2.5 ETIOLOGÍA

Hay más de 100 tipos distintos de VPH y más 30 de ellos pueden afectar al aparato genital inferior. Hay 14 subtipos de VPH de alto riesgo, y dos de éstos, el 16 y el 18, se encuentran hasta en el 62% de los cánceres de cuello del útero. ⁷

Los siguientes tipos más comunes son 31, 33, 35, 45, 52 y 58 y causan el 20%. Las infecciones cervicales con VPH de alto riesgo tienen menos probabilidad de resolverse espontáneamente e incrementan el riesgo de progresar a una lesión intraepitelial.⁴

Se clasifican en cutáneos y mucosos. 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".⁸

Se ha planteado que hay especificidad de los tipos virales por las diferentes partes del cuello uterino, lo que podría contribuir a las diferencias en el potencial carcinogénico, así como también hay diferente distribución de los tipos virales en diferentes regiones del mundo.⁸

2.6 FACTORES DE RIESGO

1. Relaciones sexuales a temprana edad.

En nuestro contexto social las mujeres adolescentes a partir de los 12 años de edad comienzan con una vida sexual activa. El inicio de las relaciones sexuales hace que el epitelio escamoso del cuello uterino o el epitelio de metaplasia escamosa presenten una micro abrasión para que el virus llegue al estrato basal del epitelio, siendo más susceptible el epitelio de metaplasia escamosa inmadura (típico de las mujeres adolescentes) por ser más delgado y frágil. Si no ocurre esto, la infección viral no se desarrolla, pues el virus no llega a reproducirse y se elimina.

2. Inmunosupresión.

Las lesiones cervicales precancerosas tienden a ser de mayor prevalencia, persistentes y tienen mayor probabilidad de recidiva en las mujeres viviendo con VIH / SIDA. Por desnutrición, por consumo de medicamentos (esteroides o de inmunosupresores para evitar rechazo de trasplantes), por patologías inmunológicas.¹

3. Múltiples parejas sexuales.

A mayor número de parejas sexuales, mayor es el riesgo de infectarse con el VPH y de contagiar a otras personas. Incluye a las personas trabajadoras sexuales.¹

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.¹

4. Relaciones sexuales sin protección.

El preservativo reduce, pero no elimina el riesgo de infectarse con el VPH. Esto se debe a que el virus puede existir en la mayor parte del área ano genital, incluso en áreas no cubiertas por el condón masculino.¹

6. Edad.

La relación entre la edad y la prevalencia del VPH no sigue un patrón definido y parece variar alrededor del mundo en diferentes poblaciones.

Existe una prevalencia del VPH alrededor de los 30 años de edad, se describe un pico 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.

7. Multiparidad. (cuatro o más embarazos a término)

Existe una asociación positiva entre la persistencia del VPH y los niveles altos de estrógenos que se observan durante los embarazos.

8. Nivel socioeconómico bajo.

Las mujeres con una baja condición socioeconómica a menudo tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de atención en salud, nutrición deficiente y escasa concientización acerca de los temas de salud y de una conducta preventiva.

9. Prácticas sexuales

Más del 50% de las personas sexualmente activas resultan infectadas al menos una vez en su vida por el VPH a través del contacto sexual genital, anal y oro-genital. Los lugares más susceptibles de infección viral son aquellos donde se producen procesos de rápida replicación y diferenciación celular, como la zona de transformación del cérvix (más activa aún en mujeres jóvenes) y la línea pectínea anal, desarrollando displasias y neoplasias en estas localizaciones. Las prácticas de higiene antes y después de mantener relaciones sexuales, la utilización de juguetes o dispositivos para satisfacción sexual también se encuentran relacionados como factor de riesgo para contraer infección por virus de papiloma humano.

2.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La gran mayoría de las veces, la infección por VPH se cura sola, de manera espontánea, sobre todo en las mujeres menores de 25 años, sin producir ningún síntoma ni manifestación en el cuerpo. Entre las posibles manifestaciones, los VPH de bajo riesgo oncogénico pueden llegar a producir verrugas en los genitales y/o ano, y los VPH de alto riesgo oncogénico pueden llegar a producir lesiones en el cuello uterino. Pero tener VPH no significa que se vaya a desarrollar una lesión. Se estima que solamente el 5% de las infecciones por VPH no retrogradan solas, y se tornan persistentes. Sólo si la infección persiste por muchos años, (se calcula de 5 a 10 años), los VPH de alto riesgo oncogénico pueden causar lesiones en el cuello del útero de la mujer que pueden evolucionar al cáncer.⁹

2.7.1 Sintomatología VPH bajo riesgo:

Verrugas Genitales

2.7.2 Sintomatología VPH alto riesgo:

- Síntomas precoces:

Flujo o secreción vaginal fétido, hemorragia irregular en mujeres en edad reproductiva (menstruación más prolongada o profusa, sangrado intermenstrual), sangrado poscoito en mujeres de cualquier edad, Sangrado posmenopáusico. En caso de sangrado

perimenopáusico anormal, se debe descartar cáncer cervical, especialmente si la hemorragia no responde al tratamiento apropiado.

- Síntomas tardíos:

Tenesmo vesical y poliaquiuria, dolor de espalda, dolor en la parte inferior del abdomen, dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales).

- Síntomas muy tardíos:

Dolor de espalda intenso, pérdida de peso, disminución del volumen del chorro de orina (por obstrucción de los uréteres o insuficiencia renal), pérdidas de orina o heces por la vagina (debido a fístulas), edema de los miembros inferiores, disnea (debido a anemia o raramente a metástasis pulmonares ó derrame pleural).

2.8 DIAGNÓSTICO

2.8.1 Prueba de papanicolaou

La prueba de Papanicolaou, conocida comúnmente como citología vaginal, sirve para detectar estas células anormales en el cuello uterino. Esta no es una prueba que detecta cáncer o el VPH de forma directa, pero puede descubrir cambios anormales en las células que seguramente son causados por el VPH .¹⁰

- Beneficios de la Prueba de Papanicolaou: ¹

1. Método ampliamente aceptado
2. Prueba práctica.
3. No invasiva.
4. Fácil.
5. Económica.
6. Limitaciones

- Limitaciones de la Prueba de Papanicolaou:¹

1. Requiere infraestructura compleja: materiales, reactivos, microscopios, citólogos, transporte confiable de laminillas.
2. Error del muestreo, donde pocas células son colocadas en el frotis.

3. Error de interpretación, donde pocas células anormales no son identificadas.
4. Error de muestreo más común es la falta de células de la zona de transición cervical.
5. Potencial de tener plazos prolongados para entrega de resultados.

2.8.2 Prueba de VPH

La prueba del virus del papiloma humano (VPH) es más sensible y eficaz que otras pruebas de detección, identifica con precisión la presencia del papilomavirus humano, un virus que puede provocar el desarrollo de verrugas genitales, células cervicales anormales o cáncer cervical.

Mediante técnicas moleculares, se analiza el ADN asociado con los tipos de VPH de alto riesgo en una muestra de material celular tomada del cérvix, detectando 14 tipos de VPH de alto riesgo.

- Beneficios:
 1. Económico.
 2. Prueba no invasiva.
 3. Resultados en corto plazo.
 4. No necesita una infraestructura compleja, agua, o electricidad por lo que puede ser utilizado en zonas rurales.

2.9 TRATAMIENTO

El tratamiento de la infección por VPH (virus del papiloma humano) puede variar dependiendo de varios factores, entre los que se encuentra el tipo de lesión (verrugas, lesiones precancerosas o cancerosas), la localización anatómica de las lesiones, así como el número de lesiones.

2.9.1 Tratamiento de las verrugas

Aplicación tópica de podofilina al 0.5% directamente sobre la verruga, que puede ser aplicada por el mismo paciente dos veces al día durante tres días consecutivos seguido de cuatro días de reposo, pudiendo repetir el ciclo hasta en cuatro oportunidades.¹¹

Aplicación tópica de Imiquimod al 5% (Aldara en crema sobre mono-dosis). Este fármaco inmunomodulador actúa activando las células del sistema inmunológico que atacan y destruyen al virus. Previo lavado con agua y jabón de la zona, el Imiquimod puede ser aplicado por el mismo paciente, una vez al día antes de dormir, tres veces por semana, por un período máximo de 16 semanas. Transcurridas entre seis y diez horas de acción, el medicamento debe ser retirado de la zona con abundante agua y jabón. Este tratamiento está contraindicado en el embarazo. Puede presentar ligero enrojecimiento de la zona y prurito, posible indicación de la actividad del sistema inmune.¹¹

Aplicación de ácido tricloroacético al 80-90%: esta sustancia es un ácido muy fuerte que solo debe ser aplicado de forma tópica con un aplicador en la zona de la lesión por un médico especialista, repitiendo el tratamiento una vez a la semana hasta eliminar la lesión.¹¹

Otras formas de eliminación de las verrugas que deben ser realizadas por médicos especialistas son la crioterapia con nitrógeno líquido, y la eliminación quirúrgica por electrocoagulación o mediante el uso de láser.

2.9.2 Tratamiento de lesiones precancerosas de cuello uterino

En el caso de que a una persona se le haya diagnosticado algún tipo de cáncer asociado a la infección por papilomavirus, la conducta de los médicos especialistas dependerá de la localización de la lesión y del grado de extensión de la neoplasia. El tratamiento puede incluir procedimientos quirúrgicos, quimioterapia y radioterapia, entre otros.

Sí una mujer con una lesión precancerosa por papilomavirus recibe el tratamiento adecuado a tiempo tiene una alta tasa de curación y supervivencia. El abordaje terapéutico de estas lesiones consiste en:

a) Crioterapia

Se congela el tejido usando una sonda metálica que ha sido enfriada con óxido nitroso o dióxido de carbono que circula dentro de la sonda. Tiene una efectividad que va del

85 al 95%, y solo se emplea en el caso de lesiones pequeñas de aproximadamente 20 milímetros o menos y que no se extienden dentro del canal del cuello uterino.¹¹

Escisión electro-quirúrgica por asa: consiste en la eliminación del área afectada con un asa caliente como el bisturí, y requiere el uso de anestesia local. Tiene una efectividad del 95% para la eliminación de la lesión.¹¹

b) Conización en frío con bisturí

Consiste en eliminar el tejido afectado con forma de cono del cuello uterino, utilizando para ello el bisturí. Aunque ya no es el tratamiento de elección para lesiones precancerosas, todavía puede utilizarse en casos de lesiones que no pueden tratarse de otra forma, o cuando se sospecha de cáncer. Tiene una efectividad del 94%, requiere el uso de anestesia, y tiene como principal complicación el sangrado de la zona, así como el riesgo de estenosis (estrechez) del canal del cuello uterino.¹²

c) Microinmunoterapia para tratar el VPH

La Microinmunoterapia es poco conocida entre los médicos sin embargo se está aplicando en el mundo desde hace aproximadamente unos 35 años con buenos resultados. Nace en 1967 cuando el Dr. Maurice Jenaer descubrió que cuando se administraban los ácidos Nucleicos (ADN y ARN) en proporciones altamente diluidas a pacientes con cáncer conseguían estimular su sistema inmunológico y el paciente mejoraba. Desde entonces se han realizado varias investigaciones y estudios que han hecho posible el desarrollo de un sistema terapéutico que se emplea en el tratamiento efectivo de cualquier enfermedad, simplemente cooperando con el sistema inmune.¹³

2.9.3 Tratamiento por Estadios para Lesiones Precancerosas del Cuello Uterino.

a) Estadio 1A1 (diagnosticado por cono).

Si la mujer es joven o adulta joven y desea preservar fertilidad, se debe realizar cono. Si los márgenes se reportan positivos al estudio patológico, se debe valorar la realización de un recono.

Si la mujer tiene riesgo quirúrgico elevado, enviar a braquiterapia. Si la mujer ya no desea conservar fertilidad, se debe realizar histerectomía extrafascial.¹³

b) Estadio 1A 2 (diagnosticado por cono).

- Histerectomía radical clase II y biopsia de ganglios pélvicos.
- Traquelectomía radical con disección linfática pélvica con o sin disección linfática para aórtica, si la estirpe es escamosa.

c) Estadio 1B1– Histerectomía radical clase III y linfadenectomía pélvica y para aórtica.

- Traquelectomía radical con disección linfática pélvica con o sin disección linfática para aórtica: si la estirpe histológica es escamosa, y la lesión no mayor a 2 cm.
- Radioterapia radical más quimio concomitante a base de cisplatino: si paciente con riesgo quirúrgico elevado o ganglios positivos.
- En caso de adenocarcinoma no quirúrgico inicial: se enviará a radioterapia-quimioterapia concomitante (basada en compuesto platinado o sus alternativas descritas anteriormente) y se evalúa histerectomía de rescate.¹³

d) Estadio 1B2–Radioterapia-quimioterapia concomitante.

- En casos seleccionados (discusión en Comité Técnico Oncológico), se manejará con quimioterapia neoadyuvante (combinaciones de poliquimioterapia), máximo 3 ciclos. Según respuesta a quimioterapia, se hará histerectomía radical clase II; si no cumple criterios quirúrgicos se enviará a radioterapia.¹³

e) Estadio IIA 1.

Igual tratamiento que IB1(excepto la traquelectomía radical). Estadio IIA 2I igual tratamiento que IB2.¹²

f) Estadio IIB, IIIA Y IIIB Radioquimioterapia.

Combinaciones a base de cisplatino/carbo-platino, en monoterapia o en combinaciones con uno de los siguientes: paclitaxel, gencitabina, 5 fluoracilo.¹²

g) Estadio IV A.

– Radioquimioterapia paliativa con radio sensibilizador (ejemplo: cisplatino, 5 fluoracilo, gencitabina). En casos seleccionados: Considerar cirugía exenterativa previa discusión en clínica de tumores gineco – oncológicos y consentimiento de paciente.¹²

h) Estadio IV B.

– Radioquimioterapia paliativa con radio sensibilizador (ejemplo: cisplatino, 5 fluoracilo, gencitabina).¹²

– Quimioterapia sistémica paliativa, monoterapia con platino o en combinación con uno de los siguientes: paclitaxel, 5 fluoracilo, gencitabina.¹²

2.10 PROGRAMA CAREVPH

Esta prueba detecta 14 tipos de VPH-AR en un formato automático y más rápido, que ha sido validado clínicamente. Se realiza la desnaturalización del ADN, su hibridación con una sonda de ARN, la captura y detección del híbrido, y la amplificación de la señal. CareHPV es una prueba rápida y accesible, fácil de entender, tolera variaciones de temperatura y no requiere refrigeración para su almacenamiento. CareHPV es una prueba rápida que requiere de 2.5 horas para procesar 90 muestras.¹³

Se dispone de tres tipos diferentes de pruebas de tamizaje:

- Citología convencional (Papanicolaou) y en medio líquido (LBC);
- Inspección visual con ácido acético (IVAA);
- Prueba de detección del VPH.

La evidencia muestra que las pruebas de VPH tienen una mayor sensibilidad y son más efectivas para detectar las lesiones precancerosas. Como mínimo, se recomienda someter a tamizaje a toda mujer de 30 a 59 años de edad al menos una vez en la vida. El tamizaje puede extenderse tanto a mujeres más jóvenes como de más edad, según su riesgo inicial de presentar lesiones precancerosas.

La frecuencia entre las pruebas de tamizaje debe ser de 3 a 5 años. En las mujeres que obtienen un resultado negativo en una prueba de detección de VPH, el nuevo tamizaje debe hacerse después de un intervalo mínimo de 5 años.¹²

Independientemente de la prueba de tamizaje, se requiere un programa organizado que incluya los siguientes elementos: cobertura alta en el grupo de mujeres de alto riesgo (30–59 años) y seguimiento para tratamiento a todas aquellas mujeres que presenten resultados anormales.

2.10.1 Toma de muestras

La toma de muestras tanto para la prueba de VPH como para el PAP, o citología exfoliativa, puede ser efectuada por médicos, profesionales de la salud y personal de salud que hayan sido debidamente capacitados para tal fin. La toma de la muestra puede realizarse en cualquier establecimiento de salud que cuente con los insumos para la obtención de la misma, desde un hospital en el tercer nivel de prestación, hasta un centro de atención primaria o una posta sanitaria. De esta manera es posible descentralizar la toma y favorecer un mejor acceso al tamizaje de toda la población objetivo.¹²

En el momento de la toma, es importante asegurar la intimidad en la sala y promover un vínculo de confianza para minimizar el miedo y el pudor que podría generar este examen. Una vez tomada la muestra, se debe asegurar la correcta identificación de la misma con nombre, apellido y número de identificación personal, así como el mecanismo de traslado, a fin de que las muestras lleguen en tiempo y forma a los laboratorios encargados de procesarlas.¹³

- Preparación:

1. Explique a la mujer en qué consiste la prueba del VPH y el significado de un resultado positivo. Cerciérese de que la mujer lo haya entendido.
2. Haga un examen ginecológico con espéculo.
3. Obtenga una muestra del orificio del cuello uterino con el cepillo o el hisopo, siguiendo las instrucciones que correspondan al tipo de instrumento recolector utilizado.

4. Coloque el cepillo o el hisopo en el tubo colector con la solución de conservante.
5. Cierre y retire delicadamente el espéculo.
6. Coloque los instrumentos utilizados en la solución de descontaminación.
7. Rotule las muestras con el nombre de la mujer, número de identificación personal, y la fecha.

Después de obtener la muestra

8. Anote sus observaciones y la toma de la muestra en la historia clínica de la paciente.
9. Comunique a la mujer la fecha en que debe regresar por los resultados.

Almacenamiento y transporte de las muestras de la prueba de VPH

✓ Conservación de los tubos de toma de muestras:

- Conservar a temperatura ambiente (15-30°C).
- No utilizar después de la fecha de caducidad indicada en la bolsa.

✓ Conservación y transporte de las muestras

- Es importante consultar y seguir las instrucciones para la prueba de VPH escogida.
- Se pueden conservar y transportar las muestras hasta 2 semanas a temperatura ambiente. El transporte al laboratorio de análisis NO requiere refrigeración.
- En el laboratorio, se pueden conservar, dependiendo de la prueba que se escoja, hasta 1 semana más a 4°C y hasta 3 meses a -20°C.

2.10.2 Manejo de resultados de la prueba de VPH

El tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas son elementos fundamentales para lograr una alta efectividad en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino, dado que el tamizaje solo cumple una función preventiva si es seguido de las acciones de seguimiento y tratamiento correspondientes. El adecuado seguimiento y tratamiento tiene un mayor impacto en la reducción de la mortalidad que una alta cobertura de tamizaje: el seguimiento y tratamiento del 50% de la población

con lesiones precancerosas en un contexto de 100% de cobertura de tamizaje puede reducir el riesgo de mortalidad al 50%, mientras que el 100% de seguimiento y tratamiento en un contexto de 50% de cobertura de tamizaje puede reducirlo en alrededor de un 70%.¹²

Algunos estudios realizados en países de altos ingresos reportan porcentajes de abandono del proceso de diagnóstico muy variables, la mayoría de ellos entre el 10 y 45%. En América Latina, estos valores son mayores, entre 18 y 75%.¹²

Los porcentajes de pérdida de mujeres con diagnóstico de positivos de la prueba son reflejo de barreras de acceso a los servicios de salud de diversa índole. Los determinantes sociales de acceso a la atención de la salud se ponen en juego durante el proceso de diagnóstico y tratamiento y actúan como barreras para el acceso y la permanencia de las mujeres a lo largo de todo el proceso.¹²

2.10.3 Manejo de resultados de la prueba de VPH

- El tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas son elementos fundamentales para lograr una reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino.
- La pérdida de mujeres con resultados de VPH positivos reflejan barreras de acceso a los servicios de salud.
- Existen varias opciones para el manejo de resultados positivos de VPH: el tratamiento inmediato, referir a colposcopia para un diagnóstico, o triage con citología o Inspección Visual Ácido Acético. La selección dependerá a los recursos disponibles en el sistema de salud.

La posición de las mujeres en la estructura socioeconómica, la edad, el bajo nivel educativo, el nivel de ingresos y falta de contención social son factores asociados al uso de los servicios de la atención de la salud y pueden afectar la continuidad de las mujeres durante el diagnóstico y tratamiento.

Los conocimientos y percepciones de las mujeres en torno al cáncer de cuello de útero, el VPH y sus formas de prevención y tratamiento, son factores que condicionan las prácticas en relación a la enfermedad. La identificación de un resultado positivo con el

cáncer y la muerte inevitable, la información recibida durante la consulta y la comunicación de los resultados son aspectos que condicionan la permanencia en el proceso de atención y deben ser considerados al momento de planificar las acciones para el adecuado seguimiento y tratamiento.

El sistema de información puede generar datos de cada mujer involucrada en el programa y categorizarlas del siguiente modo:

- Grupo A:

Mujeres con resultados negativos en la prueba de tamizaje.¹³

- Grupo B:

Mujeres con resultados positivos en la prueba que han sido diagnosticadas y tratadas (atención clínica completada).¹³

- Grupo C:

Mujeres con resultados positivos en la prueba que no recibieron resultados y/o no fueron tratadas o no recibieron tratamiento (atención clínica incompleta).¹²

2.10.4 Secuencias para el manejo de mujeres con diagnóstico VPH positivo

Una de las principales cuestiones a definir por parte del equipo de gestión de un programa basado en la prueba de VPH es cómo se va manejar a las mujeres con resultados de VPH positivos (ej. tratamiento inmediato, referir a colposcopia, o triaje con citología o IVAA) y cuál será el esquema elegido para el diagnóstico (cono sin biopsia) y el tratamiento (crioterapia, LEEP, conización). Esta decisión debe ser tomada a partir de un diagnóstico sobre la disponibilidad de recursos materiales y humanos y de las redes de derivación disponibles a nivel local y regional. Asimismo, esta decisión deberá tener en cuenta la cantidad de visitas que las mujeres deben realizar para completar el proceso, dado que la mayor cantidad de visitas puede producir una mayor pérdida de mujeres y aumentar los costos del programa.¹²

TABLA 1. Opciones para el manejo de mujeres con diagnóstico VPH positivo, según cantidad de visitas requeridas.

VISITA 1	VISITA 2	VISITA 3	VISITA 4
Prueba de VPH con tratamiento inmediato para mujeres con resultado positivo.			
Prueba de VPH con triage de IVAA para mujeres con resultado positivo, seguido de un tratamiento inmediato.			
Prueba de VPH	Colposcopia con o sin biopsia confirmatoria.	tratamiento	
Prueba de VPH y toma conjunta con citología	Colposcopia/ biopsia confirmatoria	Tratamiento	
Prueba de VPH.	Triage con citología	Colposcopia/ biopsia confirmatoria	Tratamiento.

Fuente: adaptado del programa "Planificación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino: manual de gestores" 2006, MINSAL.

Las redes asistenciales varían según los servicios disponibles, las instituciones involucradas y la estructura del sistema sanitario en sus distintos niveles. El proceso de prevención del cáncer cervicouterino necesariamente requiere del involucramiento de todos los niveles: atención primaria, secundaria y terciaria y, en algunos casos, involucra tanto al sistema público como al sistema privado. Las etapas de tamizaje, diagnóstico y tratamiento deben estar coordinadas para lograr la eficacia del proceso. Estas etapas incluyen procedimientos necesarios para: el tamizaje (prueba de VPH) y la

entrega de resultados; si aplica, la derivación para la confirmación diagnóstica (ej. colposcopia y biopsia); y para el tratamiento (ej. crioterapia) y su seguimiento posterior, según cada caso. El equipo de gestión necesita identificar los establecimientos y servicios disponibles para el armado de la red de diagnóstico y tratamiento, que sean accesibles en cuanto a horarios y servicios, ubicación, etc. y buscar acuerdos para la organización y mantenimiento de dichas redes.¹²

2.10.5 Estrategia navegadoras Patient navigation (PN)

Se define como el apoyo logístico y emocional necesario para la continuidad del proceso de diagnóstico y tratamiento de mujeres con resultados anormales en las pruebas de tamizaje o con diagnóstico de cáncer. PN incluye también el acompañamiento para el acceso a los servicios de salud y la superación de las barreras para lograr una atención adecuada y oportuna. Su objetivo es reducir las demoras en el acceso al proceso de atención, haciendo hincapié en el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento, y en la reducción de los abandonos del proceso.

El origen de esta estrategia proviene del modelo de manejo de casos que incluye cuatro componentes:

1. Identificación del caso: establecer un procedimiento sistemático para identificar a los individuos con resultados anormales o cáncer que necesitan de seguimiento y/o tratamiento.¹²
2. Contacto con pacientes y recolección de información acerca de las barreras para la continuidad de los tratamientos o el seguimiento de las recomendaciones dadas por el médico.¹²
3. Desarrollo de una estrategia individualizada para sortear las barreras identificadas en cada caso.¹²
4. Seguimiento sistemático de cada uno de los casos hasta la resolución del problema.¹²

2.10.6 Comunicación de los resultados de la prueba de VPH

La entrega de resultados es el momento donde la mujer desarrolla su nivel más alto de estrés, sobre todo, al recibir un resultado positivo: miedo, vergüenza o culpa son algunos de los sentimientos que pueden aparecer. Estos estados de ánimo pueden repercutir en los futuros posibles tratamientos y exámenes que se deba realizar la mujer, pudiendo no regresar al médico ni a servicios de salud. Es importante entregar el resultado con tranquilidad para evitar generar miedo y angustia. Es fundamental que todas las mujeres reciban los resultados de su prueba lo antes posible, y dentro de los 30 días de la toma de la muestra, sean éstos negativos o positivos. Recibir el resultado de la prueba de VPH en un tiempo adecuado es un derecho de todas las mujeres.¹²

La etapa de seguimiento y tratamiento puede demandar la realización de una consejería. Es importante tranquilizar a la mujer y reforzar la importancia de continuar los tratamientos, explicándolos y haciendo énfasis en la cura de las lesiones.

TABLA 2. Consejería para mujeres con resultados positivos de la prueba VPH.

QUIENES PUEDEN LLEVAR A CABO UNA CONSEJERA	COMPETENCIAS	PRINCIPIOS	TEMAS SOBRE LOS QUE SE DEBEN CAPACITAR
Integrantes del equipo de salud, médicos, enfermeros, agentes sanitarios, trabajadores sociales, entre otros.	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa, lenguaje comprensible, uso de silencios y dominio de la comunicación no verbal. - Parafrasear para clarificar, identificar y reflejar sentimientos. - Formular preguntas significativas. - Empatía, comprensión, discreción, sociabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto. • Imparcialidad. • Privacidad. • Veracidad. • Confidencialidad. • Voluntariedad. 	Conocimientos del cáncer cervicouterino: <ul style="list-style-type: none"> - Anatomía y fisiología básica de los órganos. - Historia natural de la enfermedad. - Herramientas de prevención. - Algoritmo de seguimiento y tratamiento entre otros.

Fuente: adaptado del programa "Planificación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino: manual de gestores" 2006, MINSAL.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hi1- La incidencia de infección por el virus del papiloma humano en nuestras comunidades es menor a 24.8%.

Hi2- El principal factor de riesgo para adquirir el virus del papiloma humano en nuestras comunidades, es tener múltiples compañeros sexuales.

3.2 HIPÓTESIS NULA

Ho1- La incidencia de infección por el virus del papiloma humano en nuestras comunidades es mayor a 24.8%.

Ho2- El principal factor de riesgo para adquirir el virus del papiloma humano en nuestras comunidades, es no tener múltiples compañeros sexuales.

3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Mujeres de 30-59 años de edad que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio y que cumplan con los criterios de inclusión.

3.4 VARIABLES.

- Incidencia.

- Factores de riesgo.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
¿Cuál es la situación actual de infección por el Virus de Papiloma Humano en las usuarias de 30 a 59 años que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar El Jutal,	Hi1- La incidencia de infección por el virus del papiloma humano en nuestras comunidades es menor a 24.8%.	Variable 1: Tasa de Incidencia	Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.	Reporte de la prueba CAREHPV con CYTOBRUSH.	No. de mujeres según resultado de tamizaje / total de mujeres X 100	<ul style="list-style-type: none"> - Número de mujeres a quienes se les realizo la prueba. - Resultados positivos. - Presencia de factores de riesgo.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Usulután, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Monteca, municipio de Nueva Esparta, La Unión, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Lagunetas municipio Jococho, Morazán?	Ho1- La incidencia de infección por el virus del papiloma humano en nuestras comunidades es mayor a 24.8%.	Variable 2: Infección por el VPH	Presencia o no del virus de papiloma humano de alto riesgo según el reporte de cada paciente tamizada: positivo o negativo	Reporte de la prueba CAREHPV	- No. de mujeres según resultado de tamizaje positivo / total de mujeres a las que se realizó la prueba X 100.	- Listado de mujeres a las que se les realizó la prueba. - Resultados positivos.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
	<p>Hi2: El principal factor de riesgo para adquirir el virus del papiloma humano es tener multiples compañeros sexuales</p>	<p>Variable 1: Factor de riesgo.</p>	<p>Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.</p>	<p>Aspecto demográfico</p>	<p>Datos o características que permiten dividir a la población en distintos segmentos estadísticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad de inicio de relaciones sexuales. - Presencia de múltiples compañeros sexuales. - Multiparidad. - Relaciones sexuales sin protección. - Inmunosupresión. - Nivel socioeconómico bajo.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
	<p>Ho2: El principal factor de riesgo para adquirir el virus del papiloma humano no es tener múltiples compañeros sexuales.</p>	<p>Variable 2: Múltiples compañeros sexuales.</p>	<p>Conducta o comportamiento de la persona que cambia con frecuencia de pareja sexual.</p>	<p>Entrevista</p>	<p>.Conversación que una persona mantiene con otra y que está basada en una serie de preguntas o afirmaciones que plantea el entrevistador y sobre las que la persona entrevistada da su respuesta u opinión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas sexuales. - Riesgos de tener múltiples parejas.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio se cataloga como descriptivo, por la finalidad y el alcance de los resultados que se obtuvieron ya que está dirigido a determinar “como es” o “como esta” la situación de las variables que se estudian en la población.

El estudio es transversal porque se estudian las variables en un determinado periodo y secuencia, haciendo un corte en el tiempo.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y el registro de la información es de tipo prospectivo

4.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO

El universo de la investigación consta de las mujeres de 30 a 59 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de El Jutal, Jucuarán, Usulután; Monteca, Nueva Esparta, La Unión y Lagunetas, Jocoro Morazán en el año 2019, son en total 1298 mujeres.

TABLA 3. Distribución de la población por establecimiento.

UNIDAD DE SALUD	TOTAL DE MUJERES ENTRE 30-59 AÑOS
UCSFB El Jutal, Usulután	378
UCSFB Monteca, La Unión	548
UCSFB Lagunetas, Morazán	372
TOTAL	1298

Fuente: Sistema de Información de fichas familiares. SIFF Ministerio de Salud 2019.

4.3 MUESTRA

Para efectos académicos, como en esta investigación la población es finita y se conoce el número de mujeres dentro de las edades correspondientes el cálculo de la muestra sería por medio de la fórmula siguiente:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 PQN}{(N-1)E^2 + Z_{\alpha/2}^2 PQ}$$

Donde:

n: es el tamaño de la muestra.

$Z_{\alpha/2}$: es el nivel de confianza (valor de tabla normal).

P: es la variabilidad positiva.

Q: es la variabilidad negativa.

N: es el tamaño de la población.

E: es la precisión o error.

Datos:

$Z_{\alpha/2}$: 1.96

P: 0.5

Q: 0.5

N: 1298

E: 0.07

Sustituyendo:

$$n: \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (1298)}{(1298-1)(0.07)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n: \frac{3.8416 (0.25) (1298)}{(1297) (0.0049) + 3.8416 (0.25)}$$

$$n: \frac{1246.5992}{6.3553 + 0.9604}$$

$$n: \frac{1246.5992}{7.3157}$$

$$n: 170.4005$$

$$n: \approx 170$$

Para cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar se aplica la fórmula de Sub Muestra.

$$Sn: \frac{Nh}{N} (n)$$

- Unidad Comunitaria de Salud Familiar de El Jutal, Jucuaran:

$$Sn: \frac{378}{1298} (170): 49.50 \approx 49$$

- Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Monteca, La Unión:

$$\text{Sn: } \frac{548}{1298} \quad (170): 71.77 \neq 72$$

- Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Lagunetas, Morazán:

$$\text{Sn: } \frac{372}{1298} \quad (170): 48.72 \neq 49$$

Las submuestras se determinaron de la siguiente forma para cada unidad de salud en estudio:

TABLA 4. Distribución de la muestra según establecimiento de salud.

UNIDAD DE SALUD	Total de mujeres entre 30-59 años
UCSFB El Jutal, Usulután	49
UCSFB Monteca, La Unión	72
UCSFB Lagunetas, Morazán	49
TOTAL	170

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de sistema de información de ficha familiar y sistema estadístico de producción de servicios del ministerio de salud.

4.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA

4.4.1 Criterios de Inclusión

- Mujeres de 30 a 59 años.
- Que pertenezcan al área geográfica de influencia
- Que nunca se hayan realizado un tamizaje previo o con dos o más años del último tamizaje.

- Que no hayan recibido tratamiento con crioterapia, extirpación electroquirurgico con asa (LEPP) o cono quirúrgico.

4.4.2 Criterios Exclusión

- Mujeres que se les haya realizado histerectomía.
- Que se encuentren embarazadas.
- Que tengan o hayan tenido una lesión precancerosa.

4.5 TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico: Porque no todas las mujeres de 20 a 59 años de edad formarán parte de la muestra, ya que se tomarán los criterios de inclusión y exclusión, así mismo se tiene un número dado de pacientes de la muestra que se incluirán, según lleguen al centro de salud, hasta llegar al número requerido.

4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Documental bibliográfico: se utilizó información obtenida de bases de datos, guías clínicas, lineamientos oficiales y libros de texto para formular el marco teórico.

Documental hemerográfico: se consultó tesis de maestría y de pregrado relacionadas al tema.

De campo: Instrumento de investigación. La recolección de la información que permita reconocer factores de riesgo, antecedentes personales e incidencia, esta será una entrevista estructurada, a través de un instrumento previamente diseñado para este fin.

Resultado de laboratorio: se tomó de la prueba del Virus del Papiloma Humano con Cytobrust del programa VPH Care a las pacientes complementado con la respuesta de los resultados.

4.7 INSTRUMENTO

Se utilizó un cuestionario, ya que es una guía para recaudar datos con una cedula de entrevista previamente diseñada, con preguntas normalizadas. Esta técnica permitió construir una base fundamental para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación.

4.8 PROCEDIMIENTO

4.8.1 Planificación

Como grupo investigador se discutió y se seleccionó el tema a investigar se delimito el área geográfica, grupo etéreo, espacio y tiempo en donde se desarrolló la investigación. Se realizó una reunión con el docente asesor para determinar la relevancia del tema y la aprobación de la problemática a estudiar. El grupo investigador procedió a la revisión bibliográfica y demográfica del tema en estudio para la elaboración del primer perfil del protocolo de investigación presentado, que nos permitirá como grupo continuar con la investigación.

4.8.2 Ejecución

Para la validación del instrumento a desarrollar se realizó una prueba piloto de la cedula de la entrevista, que se pasara a las usuarias que cumplen con los criterios de inclusión pero que no formaran parte de la muestra las cuales se pasaran en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias a las que pertenecen los establecimientos, luego se pasa la entrevista a las usuarias que forman parte de la muestra como objeto de estudio.

4.8.3 Plan de análisis

Para poder determinar o darles respuesta a los resultados de la investigación; con respecto los factores de riesgo y la tasa de incidencia del virus del papiloma huma en las pacientes con criterios de inclusión, se tabulo cada una de las preguntas de la cédula de entrevista, a través de los métodos de frecuencia y porcentaje simple lo cual permitirá la presentación de los datos de forma sistemática. El equipo de trabajo se

auxiliará del programa Microsoft Excel para la elaboración de cuadros y gráficos lo que permitirán el análisis e interpretación de los resultados.

4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las personas incluidas en el estudio participaron voluntariamente tomando como consideración la utilización de un consentimiento informado escrito (anexo 1) para cada una de las pacientes a quienes se les paso una cédula de entrevista la cual será llenada por los investigadores. La información obtenida del instrumento se obtuvo de forma confidencial, en cada una de las etapas de la investigación; teniendo anonimato de las mujeres participantes en el estudio a quienes previamente se les explicara en qué consiste, para que con su consentimiento puedan ser entrevistadas y así permitir el llenado del instrumento de investigación.

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETARIOS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

TABLA 5: Características sociodemográficas, distribución por grupos etarios.

EDADES	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
30-34	12	7%	4	17%
35-39	35	21%	10	43%
40-44	39	23%	4	17%
45-49	35	21%	2	9%
50-54	33	19%	2	9%
55-59	16	9%	1	4%
TOTAL	170	100%	23	100%

Fuente: Instrumento de investigación, datos generales.

ANÁLISIS: En cuanto a los grupos etarios se encuentra enfocada en mujeres cuyas edades oscila entre los 30 a 59 años de edad, las usuarias el cual el tamizaje de VPH resultado positivo se destaca encuentra entre las edades de 31 a 35 años (48%), seguido de usuarias entre 36 a 40 años de edad (22%). También se puede observar que la mayor frecuencia de usuarias que se realizaron el tamizaje de VPH se encuentran entre los 36 a 40 años de edad (24%) y con menor frecuencia en la edad de 30 años (5%) y 56 a 60 años (5%).

INTERPRETACIÓN: Durante el periodo de ejecución las usuarias que más consultaron para la realización del tamizaje de VPH en los establecimientos de salud estuvo entre los 36 a 40 años de edad con un porcentaje del 24% seguido de usuarias entre los 41 a 45 años de edad con un porcentaje del 21% considerándose una parte de la población más joven de este grupo etario, sin embargo solo corresponde a una mitad del grupo de edades de las usuarias cuyo resultado del tamizaje resulto positiva ya que el mayor porcentaje se encuentra entre los 31 a 35 años con un porcentaje del 48% . Se puede observar que las usuarias que menos consultaron para la realización del tamizaje de VPH está en la edad de 30 años con un porcentaje del 5% y entre los 56 a 60 años con un porcentaje del 5% siendo los dos extremos del grupo etario investigado,

GRÁFICA 1: Características sociodemográficas, distribución por grupos etarios.

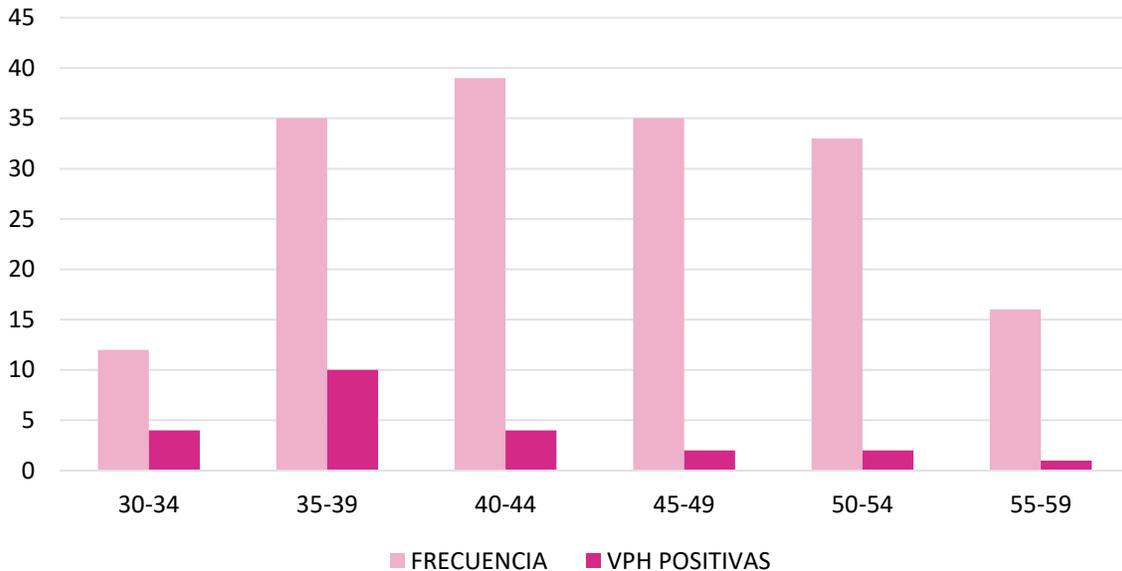


TABLA 6: Características sociodemográficas, escolaridad.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Primaria	74	44%	14	61%
Secundaria	58	34%	6	26%
Bachillerato	16	9%	3	13%
Superior	1	1%	0	0%
Ninguna	21	12%	0	0%
TOTAL	170	100%	23	100%

Fuente: Instrumento de investigación, datos generales.

ANÁLISIS: En cuanto a la escolaridad de las usuarias que se realizaron el tamizaje de VPH tenemos que de las 23 usuarias cuyo tamizaje de VPH se encuentra positivo, 14 de ellas contaban con estudios hasta primaria (61%), seguido de 6 usuarias que solo contaban con estudios hasta secundaria (26%). En cuanto a frecuencia se puede observar que 74 usuarias realizo estudios hasta primaria (44%), 58 usuarias realizo estudio hasta secundaria (34%) y que solo una usuaria ha realizo estudios superiores (1%).

INTERPRETACIÓN: De las usuarias que consultaron en los establecimientos de salud se obtiene que en un total de las 170 usuarias a quienes se les realizó el tamizaje de VPH 132 de ellas cuentan con estudios básicos (primaria o secundaria) haciendo un porcentaje de 78% observando que dicho resultado corresponde al mismo nivel académico de usuarias cuyo resultado de tamizaje de VPH se encuentra positivo haciendo un porcentaje del 87%. También se puede observar que el índice de usuarias que no han tenido ningún nivel académico es mayor (12%) comparando con las usuarias que han tenido estudios de bachillerato (9%) o estudios superiores (1%).

GRÁFICA 2: Características sociodemográficas, escolaridad.

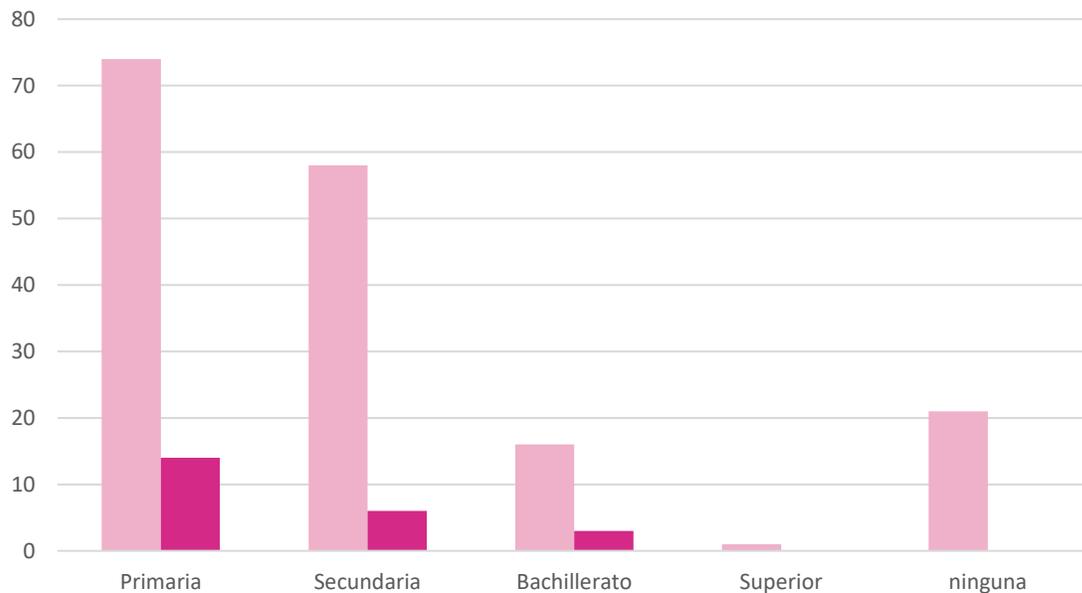


TABLA 7: Características sociodemográficas, ocupación.

OCUPACION	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Ama de casa	147	86%	18	78%
Comerciante	9	5%	0	0%
Oficios varios	14	8%	5	22%
TOTAL	170	100%	23	100%

Fuente: Instrumento de investigación, datos generales.

ANÁLISIS: Dentro las usuarias tamizadas se indago sobre su ocupación, y las usuarias con tamizaje positivo a VPH el primer lugar lo tienen las que son amas de casa con un 78% y en segundo lugar las usuarias que se dedican a oficios varios con un 22%. En cuanto a frecuencia podemos ver que el 86% de las usuarias son amas de casa y que solo un pequeño porcentaje del 9% se dedican al comercio.

INTERPRETACIÓN: El 86% de las usuarias son amas de casa que corresponde a 147 mujeres de 170 que fueron investigadas y tenemos que las usuarias con tamizaje VPH positivo que son amas de casa es el 78% que es igual a 18 mujeres de 23 con resultados positivos resultado que no influye en la determinación de la positividad del tamizaje, pero si en la disponibilidad de la usuaria para la realización del tamizaje en comparación del número bajo de mujeres que se dedican a algún oficio.

GRÁFICA 3: Características sociodemográficas, ocupación.

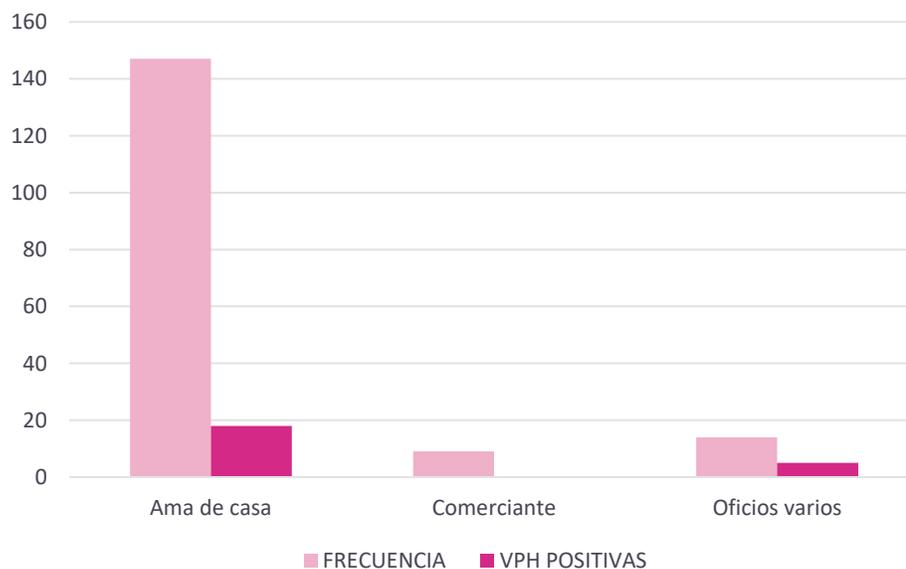


TABLA 8: Características socioeconómicas, ingresos económicos.

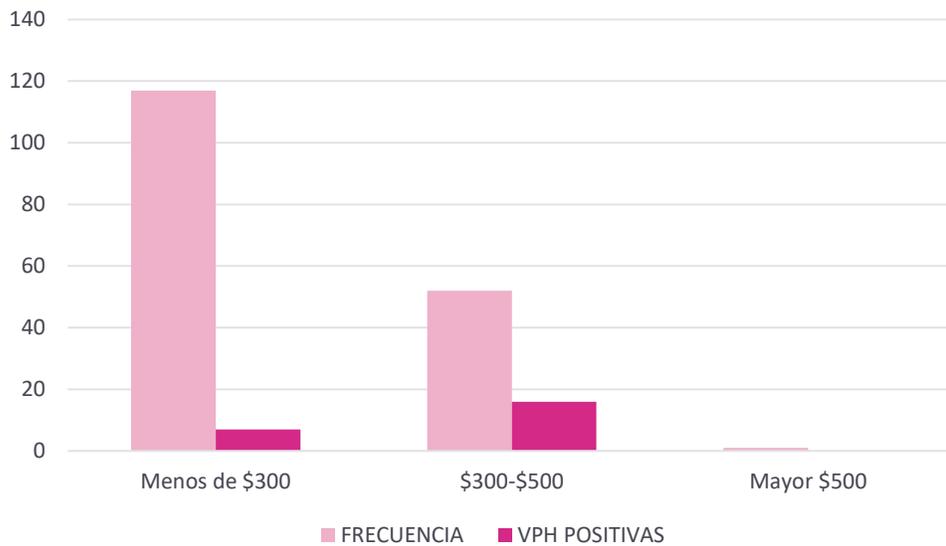
INGRESOS	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Menos de \$300	117	69%	7	30%
\$300-\$500	52	31%	16	70%
Mayor \$500	1	1%	0	0%
TOTAL	170	100%	23	100%

Fuente: Instrumento de investigación, datos generales.

ANÁLISIS: En esta parte del instrumento se indago sobre los ingresos económicos del hogar, obteniendo como resultado que las pacientes con tamizaje positivo a VPH sus ingresos económicos oscilan entre los \$300-\$500 mensuales (70%) seguido de usuarias que solo tienen un ingreso económico menor a \$300 (30%); en cuanto a frecuencia se obtiene que 117 de las usuarias corresponden a un ingreso económico menor a \$300(69%) , 52 usuarias(31%) obtiene un aporte entre \$300-\$500 y que solo una usuaria tiene un aporte económico mayor a \$500 (1%) .

INTERPRETACIÓN: se obtiene que de las usuarias que fueron tamizaje durante el periodo de ejecución 117 de ellas tienen un aporte económico menor a \$300 que representa un porcentaje del 69% que corresponde a más de la mitad de la población, en cambio las usuarias con tamizaje positivo a VPH el 70% tienen ingresos económicos de \$300-\$500 que se encuentran en el 31% del total investigado es decir que la situación económica como un factor no influye en cuanto al resultado del tamizaje en las mujeres que fueron tamizadas.

GRÁFICA 4: Características socioeconómicas, ingresos económicos.



5.2 CONOCIMIENTO DE LAS USUARIAS SOBRE VPH

TABLA 9: Resultado de conocimiento de las usuarias sobre VPH.

1. ¿Ha escuchado acerca del virus del papiloma humano?	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
SI	169	99%	23	100%
NO	1	1%	0	0%
TOTAL	170	100%	23	100%

Fuente: Instrumento de investigación, pregunta 1.

ANÁLISIS: una de las incertidumbres al realizar el instrumento era conocer si las usuarias habían escuchado sobre el virus del papiloma humano siendo de gran importancia ya que está vinculado con el propósito de la realización del tamizaje por lo que los resultados demuestran que las usuarias con tamizaje VPH positivo las 23 (100%) mujeres tenían conocimientos sobre el virus del papiloma humano , y de la población total 169 (99%) usuarias tenían conocimientos y solo 1 usuaria (1%) u no había escuchado hablar sobre el virus del papiloma humano.

INTERPRETACIÓN: Del total de 170 pacientes que fueron incluidas en el estudio, se puede observar que a pesar del nivel de escolaridad, ocupación o edad estas mujeres alguna vez en su vida han tenido la oportunidad de escuchar hablar sobre el virus del papiloma humano por lo que de las 23 usuarias que se encuentran positivas al tamizaje de VPH las 23 están dentro de ese 99% de las usuarias que tenía conocimiento

GRÁFICA 5: Resultado de conocimientos de las usuarias sobre VPH.

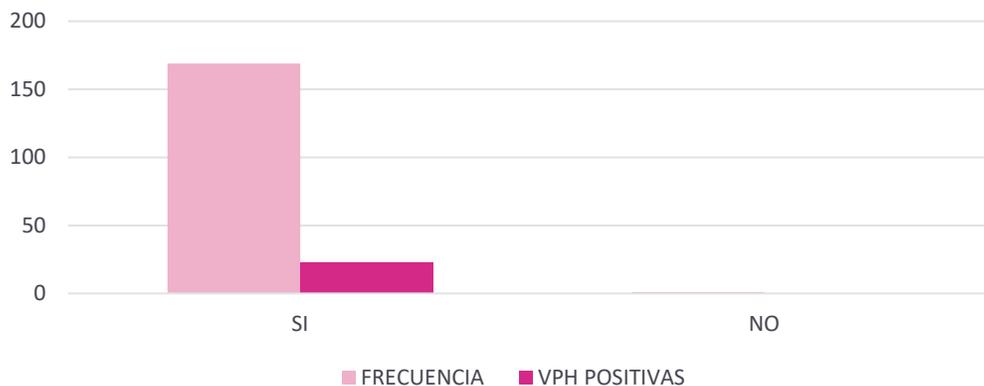


TABLA 10: Resultado sobre la obtención de información sobre el VPH.

2. Si su respuesta es positiva ¿Dónde escucho hablar sobre el VPH?	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Establecimiento de salud/profesional de salud	128	75%	19	83%
Medios de comunicación (TV, radio, prensa)	3	2%	0	0%
En su comunidad por medio de algún vecino o amigo	39	23%	4	17%
TOTAL	170	100%	23	100%

Fuente: Instrumento de investigación, pregunta 2.

ANÁLISIS: En el desarrollo del estudio también es importante saber la fuente principal de información sobre el virus del papiloma humano en las usuarias teniendo como resultado que 128 usuarias (75%) escucharon hablar sobre el virus del papiloma humano en un establecimiento de salud/profesional de salud y que 39 usuarias (23%) obtuvieron información en la comunidad por medio de un amigo/vecino y solo 3

usuarias (2%) escucharon sobre el virus del papiloma humano por parte de los medios de comunicación en cuanto a la población total. De las usuarias con resultado del tamizaje positivo a VPH se obtiene que 19 de ellas (83%) obtuvieron información por medio de un establecimiento de salud/profesional de salud y 4 usuarias (17%) lo hicieron a través de la comunidad por medio de un vecino/amigo.

INTERPRETACIÓN: La importancia de conocer la fuente de información de donde las usuarias adquirieron conocimiento sobre el virus del papiloma humano es importante debido que es donde se concentra la mayor influencia sobre este grupo de mujeres en donde la información por medio de establecimiento de salud/profesional de salud es quien predomina tanto en la población total con un total de 128 mujeres tamizadas así como en las usuarias con resultado de tamizaje positivo a VPH con 19 usuarias, luego se agrupan aquellas mujeres que escucharon hablar del virus del papiloma humano por medio de la comunidad ya sea un amigo o vecino ; es decir que el área de salud de los establecimientos de salud donde consultaron las usuarias está haciendo una buena contribución en cuanto a esta enfermedad .

GRAFICA 6: Resultado sobre la obtención de información sobre el VPH.

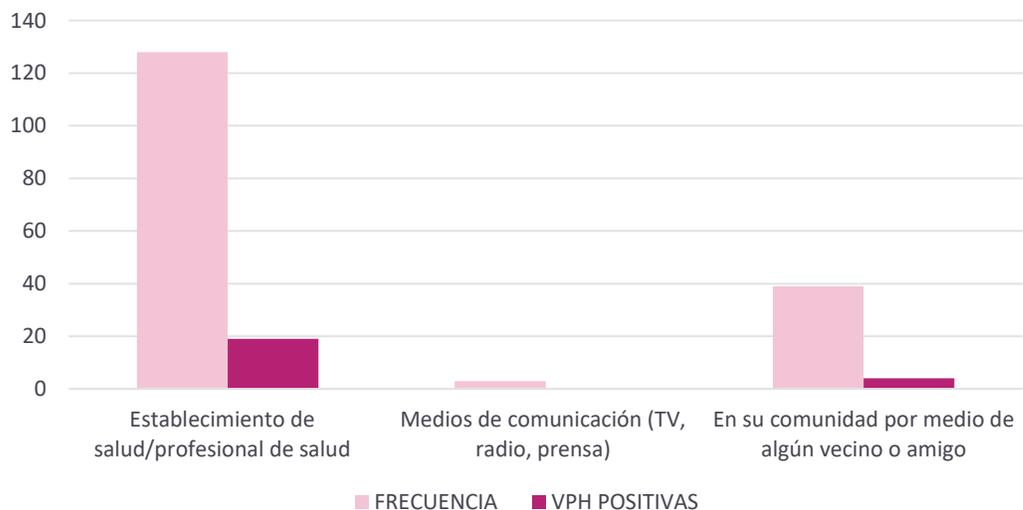


TABLA 11: Formas de transmisión del VPH.

3. De las siguientes respuestas ¿Cuál piensa usted que es una de las formas de transmisión del VPH?	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Mala higiene	19	11%	2	9%
Contacto corporal (saludo de mano, saludo de beso, abrazos).	0	0%	0	
Vía sexual	138	81%	20	87%
No sabe	13	8%	1	4%
TOTAL	170	100%	23	100%

Fuente: Instrumento de investigación, pregunta 3.

ANÁLISIS: En cuanto al conocimiento de las usuarias sobre las formas de transmisión del virus del papiloma humano los resultados fueron, 138 de las mujeres (81%) sabe que se transmite por vía sexual y 19 de las mujeres (11%) refieren que es por mala higiene, 13 mujeres (8%) no saben la forma de transmisión; en las usuarias con el tamizaje positivo a VPH, 20 de las mujeres (87%) respondieron que se transmitía por vía sexual y 2 usuarias (9%) refieren que es por mala higiene.

INTERPRETACIÓN: con respecto a la forma de transmisión del virus del papiloma humano 138 de las usuarias opina que la vía para la trasmisión del virus del papiloma humano es sexual esto se relaciona con los resultados de la pregunta 2 ya que la información que han obtenido estas mujeres por medio de los establecimientos de salud/profesional de salud ha sido la adecuada.

GRÁFICA 7: Formas de transmisión del VPH.

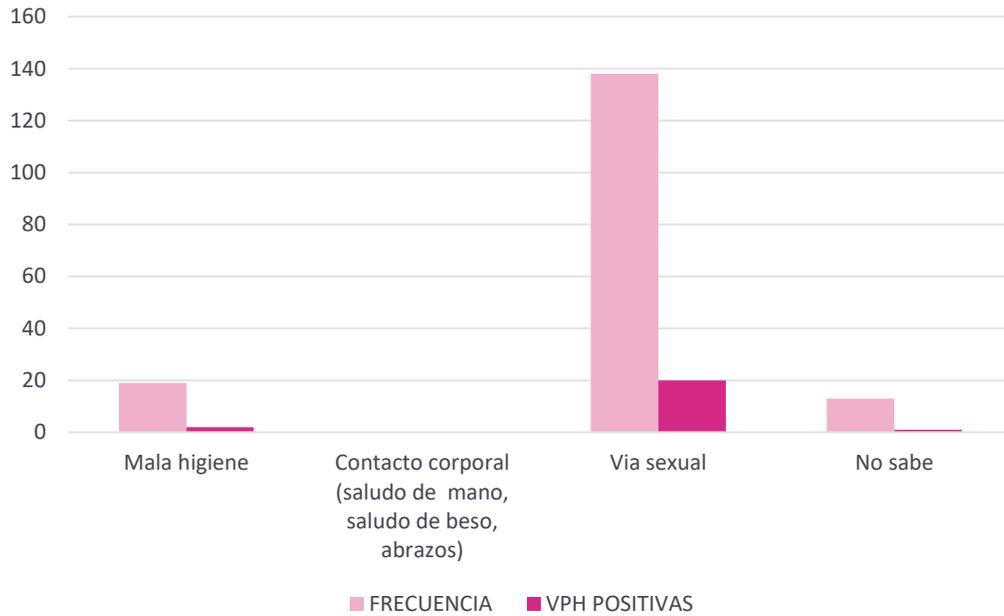


TABLA 12: Relación del virus del papiloma humano con cáncer cervicouterino.

4. ¿Sabe usted si el VPH se relaciona con el cáncer?	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Si se relacionan	133	78%	22	96%
No se relacionan	4	2%	0	0%
No sabe	33	19%	1	4%
Total	170	100%	23	100%

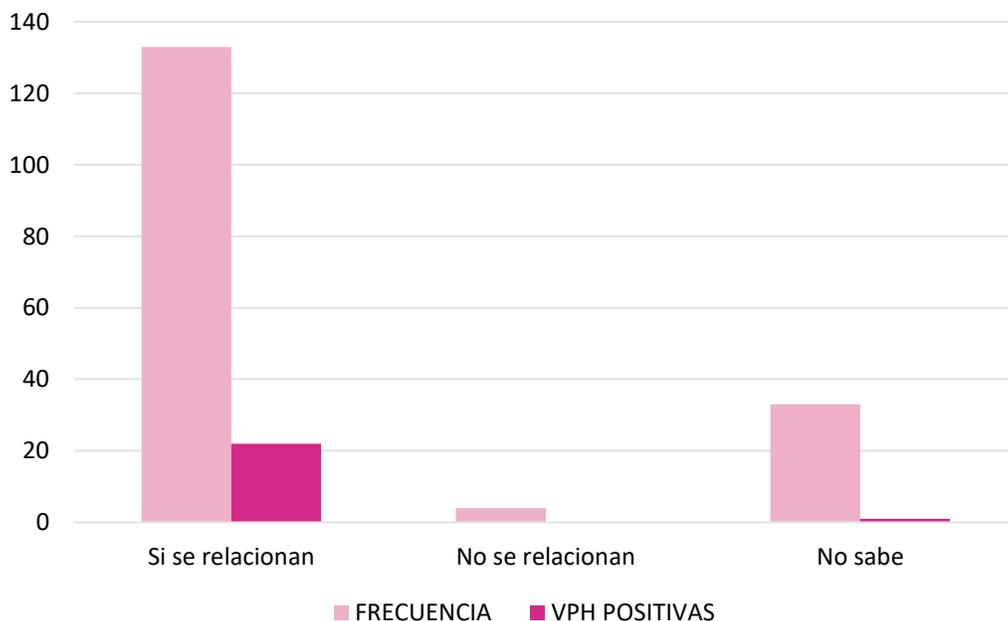
Fuente: Instrumento de investigación, pregunta 4.

ANÁLISIS: En cuanto al conocimiento de las usuarias sobre si el virus del papiloma humano tiene relación con cáncer cervicouterino 133 de las usuarias (78%) refieren que si hay relación , 33 de las usuarias (19%) desconocen si existe relación y solo 4 usuarias (2%) opinan que no hay relación , en lo que respecta a la respuesta de las usuarias con tamizaje positivo a VPH 22 de las usuarias (96%)refieren que si existe

relación y solo 1 usuaria (4%) desconoce si hay relación entre el virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino.

INTERPRETACIÓN: Que la usuaria conozca sobre si hay relación entre el virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino es de gran importancia porque esto influye en que la paciente tome la decisión de consultar un centro de salud para realizarse el tamizaje de VPH y se puede observar que la mayor parte de las usuarias que se realizaron el tamizaje representando un 78% (96% usuarias con tamizaje VPH positivo) si relacionan el virus del papiloma humano en comparación con aquellas que desconocen o refieren que no hay relación ya que antes de realizar la prueba de tamizaje VPH a cada paciente se le brinda una orientación sobre el virus del papiloma humano y sus consecuencias.

GRÁFICA 8: Relación del virus del papiloma humano con cáncer cervicouterino.



5.3 PRACTICAS SEXUALES

TABLA 13: Estado civil de usuarias.

5. Su estado civil es:	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Soltera	22	13%	9	39%
Casada	61	36%	4	17%
Acompañada	75	44%	9	39%
Divorciada	1	1%	1	4%
Viuda	11	6%	0	0%
Total	170	100%	23	100%

Fuente: Instrumento de investigación, pregunta 5.

ANÁLISIS: De las 170 usuarias que forman parte de la investigación se tiene que 75 de ellas se encuentran acompañadas es decir el 44% seguido de 61 usuarias cuyo estado civil es casada representando el 36%, viuda con 11 usuarias (6%) y divorciada con 1 usuaria (1%) representando el número inferior; en las mujeres que su resultado fue positivo tenemos que 9 de ellas (39%) se encuentran acompañadas al igual que las usuarias con estado civil soltera, seguida de 4 usuarias(17%) que se encuentran casadas y 1 usuaria (4%) su estado civil es divorciada no obteniendo resultado en el estado civil viuda.

INTERPRETACIÓN: En cuanto al estado civil de las usuarias que formaron parte del proceso de investigación podemos ver que el mayor índice lo tienen las mujeres que se encuentran acompañadas con un total de 75 usuarias en población general no así en las pacientes con tamizaje positivo a VPH se encuentra que el índice más alto se encuentra compartido tanto en usuarias con estado civil soltera como acompañadas con un total cada estado civil con 9 usuarias por lo que el estado civil de estas mujeres no representar un factor determinante para la positividad del resultado.

GRÁFICA 9: Estado civil de usuarias.

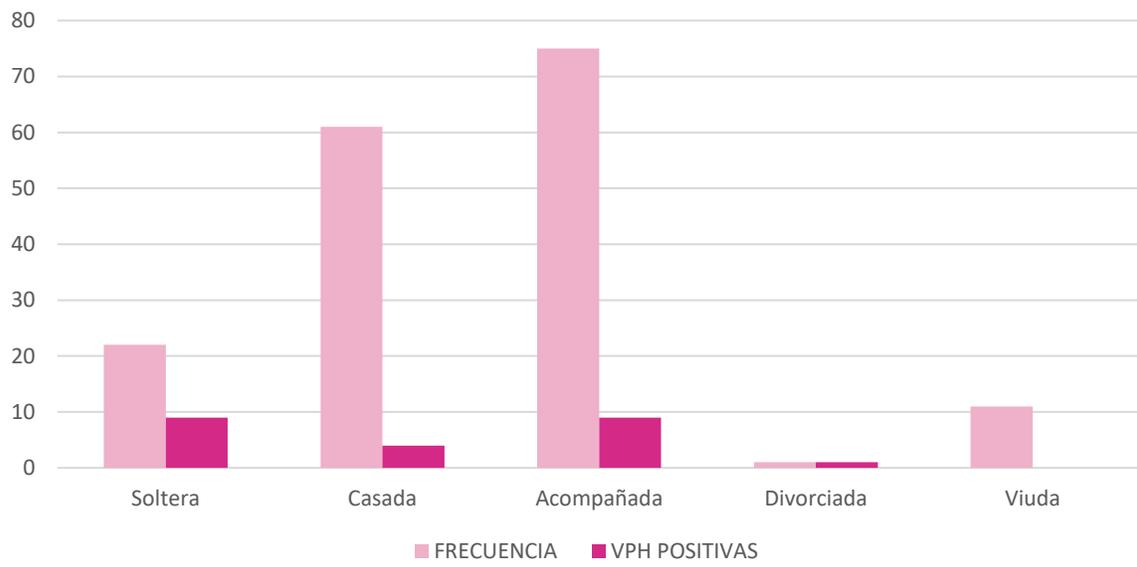


TABLA 14: Mujeres que actualmente viven con su pareja.

6. Si su respuesta es casada o acompañada, ¿su pareja se encuentra actualmente viviendo con usted?	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Si	110	81%	12	92%
No	26	19%	1	8%
TOTAL	136	100%	13	100%

Fuente: Instrumento de investigación, pregunta 6.

ANÁLISIS: con respecto al estado civil de las 136 pacientes entrevistadas que se encuentran dentro de la categoría casada o acompañada, 110 (81%) contestaron que actualmente viven con su pareja, 26 (19%) no se encuentran viviendo con ellos. En las mujeres con resultado positivo para VPH, 12 de ellas (92%) viven con su pareja, 1 que solo representa el 8% no vive con su pareja.

INTERPRETACIÓN: los resultados de los porcentajes indican que la mayoría de las mujeres actualmente casadas o acompañadas del total de las pacientes investigadas viven con su pareja ya que representan el 81% de la investigación, solo un 19% no lo está; estos resultados se correlación con las mujeres positivas ya que la mayoría de ellas también viven con su pareja y solo un 8% no viven juntos, lo que indica que el mayor porcentaje de mujeres actualmente se encuentran en un hogar constituido por lo que adquirieron el virus con su pareja, no se debe descartar el hecho de que la promiscuidad del hombre es un factor de riesgo para la mujer.

GRÁFICA 10: Mujeres que actualmente viven con su pareja.

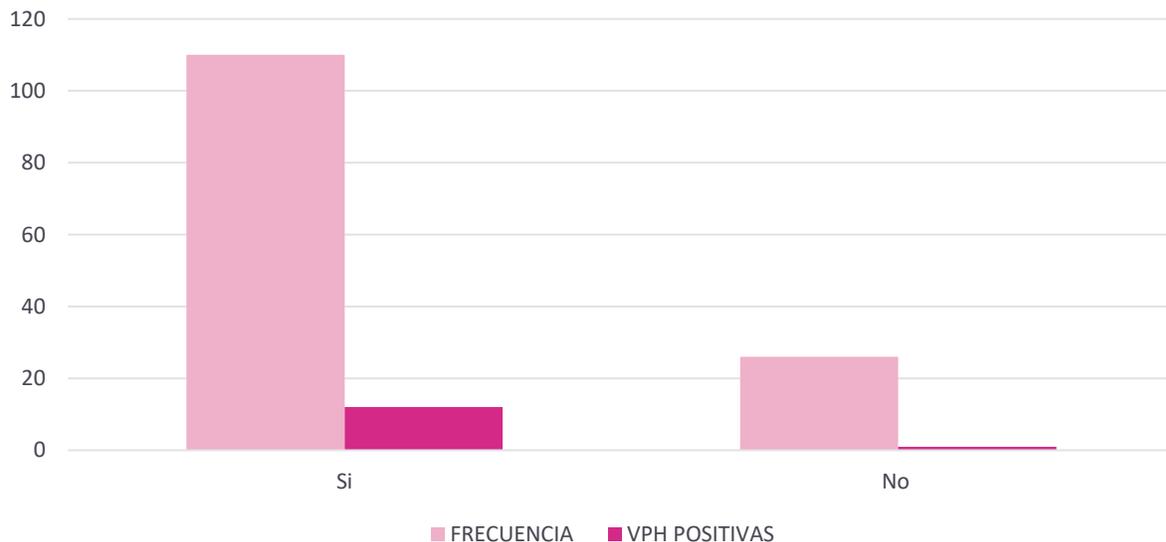


TABLA 15: Mujeres con relaciones sexuales ocasionales.

7. Si su respuesta es soltera, divorciada o viuda, ¿Actualmente mantiene relaciones sexuales ocasionales?	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Si	13	38%	8	80%
No	21	62%	2	20%
TOTAL	34	100%	10	100%

Fuente: instrumento de investigación, pregunta 7.

ANÁLISIS: mujeres 13 (38%) mantiene relaciones sexuales de forma ocasional en comparación a 21 mujeres (62%) que no lo hace. Las usuarias con resultado positivo observamos que 8 de ellas (80%) si sostiene relaciones sexuales ocasionales en comparación con 2 (20%) pacientes que no lo hacen.

INTERPRETACIÓN: esta pregunta aplica a las 34 mujeres que se encuentran dentro de las categorías soltera, divorciada o viuda, del cual solo un 38% dice mantener relaciones de forma ocasional y un 21 % no realiza este tipo de prácticas, por lo que al establecer una relación con las pacientes con resultados positivos obtenemos que 8 (80%) si tiene relaciones sexuales ocasionales en comparación con 2 (20%) que no practican relaciones sexuales ocasional ; existe un 61.5%% de posibilidad de que estas pacientes se encuentren infectadas por el virus del papiloma humano al mantener relaciones sexuales ocasionales por lo que se considera un factor de riesgo.

GRÁFICA 11: Mujeres con relaciones sexuales ocasionales.

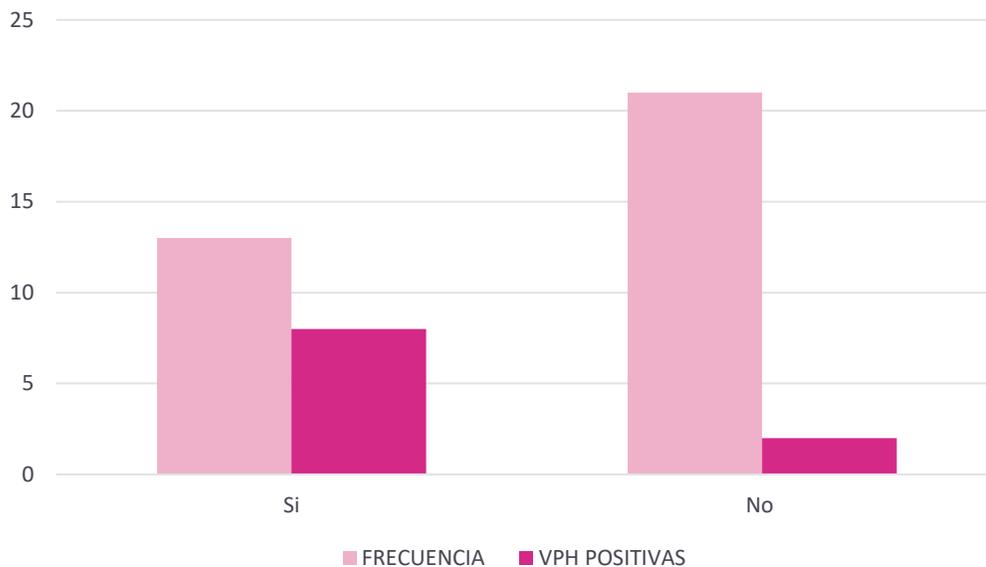


TABLA 16: Frecuencia de inicio de relaciones sexuales.

8. A qué edad inicio las relaciones sexuales.	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
10-14 años	14	8%	9	39%
15-19 años	123	72%	12	52%
20-24 años	28	16%	2	9%
25- 29 años	5	3%	0	0%
TOTAL	170	100%	23	100%

Fuente: instrumento de investigación, pregunta 8.

ANÁLISIS: en la tabla se puede observar que del total de la población 14 mujeres iniciaron relaciones sexuales entre los 10-14 años correspondiente a un 8%, entre los 15-19 años 123 mujeres correspondientes a un 72%, de los 20-24 años 28 mujeres con un 16% y disminuyendo notablemente entre los 25-29 años solo con 5 mujeres que representan un 3% de la investigación. Las usuarias con resultados positivos, 9 de ellas iniciaron relaciones sexuales a muy temprana edad representando un 39%, entre los

15-19 años 12 mujeres con un 52%, de los 20-24 años 2 pacientes con un 9%, no obteniendo mujeres con resultado positivo entre los 25-29 años.

INTERPRETACIÓN: de la investigación podemos concluir que la mayoría de mujeres de la población investigada iniciaron relaciones sexuales entre los 15 – 19 años con un 72%, en segundo lugar edades entre 20-24 años con un 16%, posteriormente entre 10-14 años en tercer lugar, con un 8% Y en último lugar entre los 25-29 años con un 3%; En comparación con las usuarias positivas predominan mujeres que inician las relaciones sexuales entre los 15-19 años con un 52%, después aquellas que iniciaron entre los 10-14 años con un 39%, por lo que el 80% de las pacientes iniciaron relaciones sexuales antes de los 19 años, disminuyendo notablemente en las mujeres que se encuentra entre los 20-24 años con un 9% y sin obtener ningún porcentaje entre los 25-29 años ya que de las usuarias positivas ninguna inicio relaciones sexuales en este intervalo, por lo que aquellas mujeres que inician relaciones sexuales a temprana edad tienen más probabilidad de presentar una infección por virus de papiloma humano que aquellas que deciden iniciar hasta edades más avanzadas.

GRÁFICA 12: Frecuencia de inicio de relaciones sexuales.

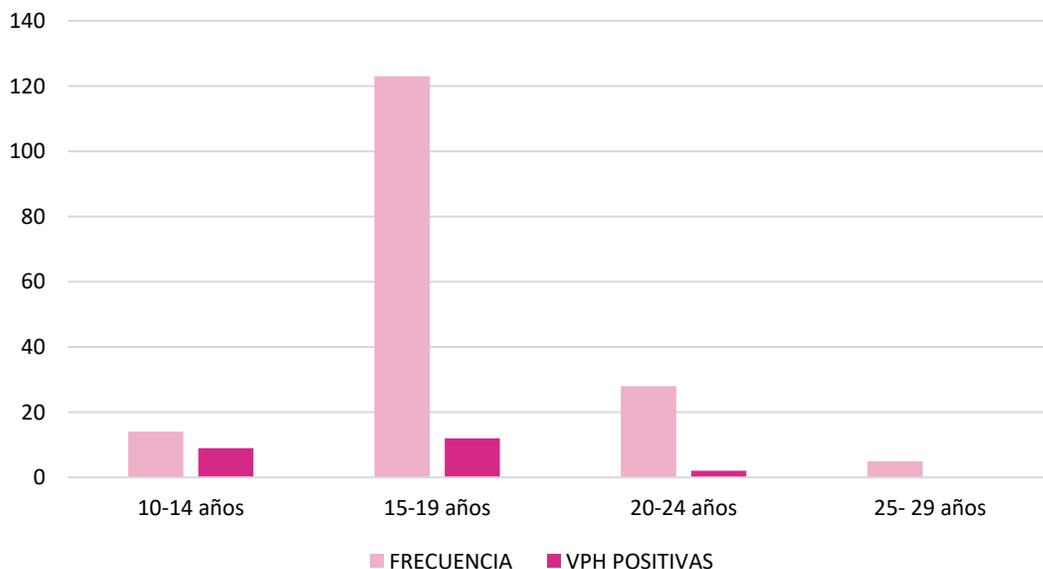


TABLA 17: Frecuencia de compañeros sexuales.

9. ¿Durante su vida, cuántos compañeros sexuales ha tenido?	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Uno	92	54%	3	13%
Dos	56	33%	8	35%
Tres o más	22	13%	12	52%
Total	170	100%	23	100%

Fuente: instrumento de investigación, pregunta 9.

ANÁLISIS: en la tabla se encuentran los resultados de frecuencia de parejas sexuales que han tenido las mujeres que participaron en la investigación encontrando que de la población total 92 (54%) solo han tenido 1 pareja, 56 contestaron que solo 2, representando un 33% y un 13% respondió que ha tenido 3 o más compañeros sexuales. Al analizar los resultados de las 23 pacientes positivas se observa que el orden de porcentaje se invierte, encontrando que 13 (52%) de ellas han tenido 3 o más compañeros sexuales, 8 (35%) respondió que 2 compañeros y 3 usuarias (13%) con 1 compañero sexual en su vida.

INTERPRETACIÓN: en la población total de investigación el mayor número de mujeres refieren que solo han tenido un compañero sexual en su vida con un 54%, en segundo lugar con 2 compañeros sexuales con un 33% y una minoría de mujeres respondió que han tenido 3 o más compañeros 13%; no así las mujeres con resultados positivos quienes la mayoría han tenido 3 o más compañeros sexuales en su vida representando el mayor porcentaje con un 52%, luego 8 de ellas respondieron que 2 parejas con un 35% y el menor porcentaje para aquellas que solo han tenido 1 compañero sexual 13%, por lo que entre más compañeros sexuales incrementa la posibilidad de infectarse con el virus del papiloma humano.

GRÁFICA 13: Frecuencia de compañeros sexuales.

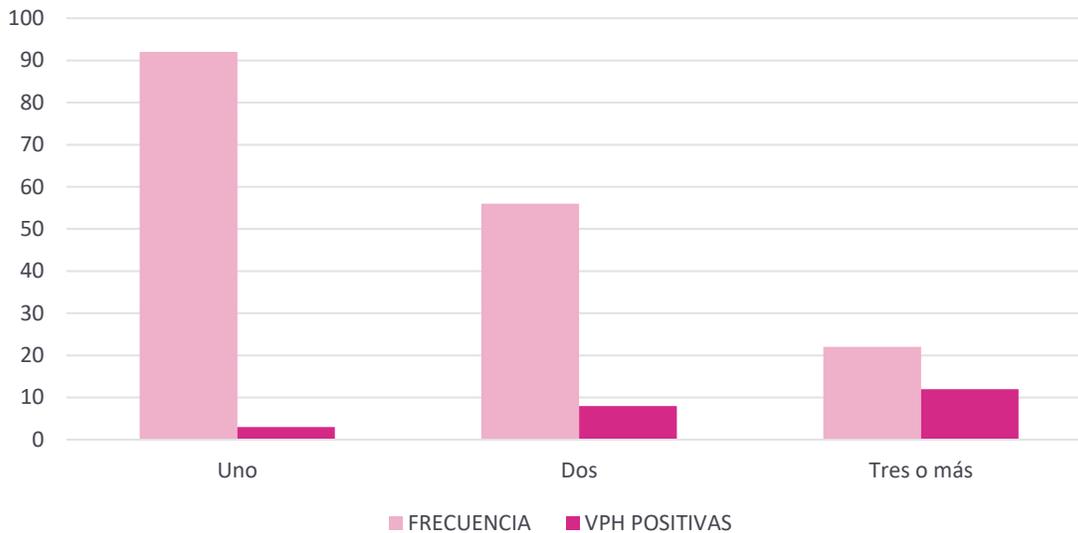


TABLA 18: Frecuencia de parejas sexuales compañero de vida.

10. ¿Su compañero de vida ha tenido otras parejas sexuales?.	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Si	81	48%	18	78%
No	35	21%	1	4%
No sabe	54	32%	4	17%
Total	170	100%	23	100%

Fuente: instrumento de investigación, pregunta 10.

ANÁLISIS: de las 170 mujeres entrevistadas 81 (48%) contestaron que es de su conocimiento que su compañero sexual ha tenido otras compañeras sexuales, 35 mujeres (21%) respondieron que no, y 54 pacientes (32%) no saben. De las mujeres con resultado de VPH positivos se obtuvo que 18 usuarias (78%) que conocen que su pareja ha tenido otras compañeras sexuales, 1 paciente manifiesta que no ha tenido otras compañeras (4%) y solo 4 de ellas (17%) contestaron que no saben.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las usuarias que participaron en la investigación saben que su pareja si ha tenido otras compañeras sexuales tanto en la población general (48 %) como en las pacientes con resultados positivos (78%) y son escasas las mujeres que respondieron que su pareja no ha estado con ninguna otra pareja sexual, (21%) para todas las entrevistadas y para las usuarias positivas (4%)y un gran porcentaje de mujeres desconoce la respuesta representando un 32% de la población total y un 17% de las VPH positivas, por lo las mujeres cuyo compañero de vida ha tenido múltiples parejas sexuales tienen mayor probabilidad de infectarse, aunque este no destaque como un factor de riesgo predominante.

GRAFICA 14: Frecuencia de parejas sexuales compañero de vida.

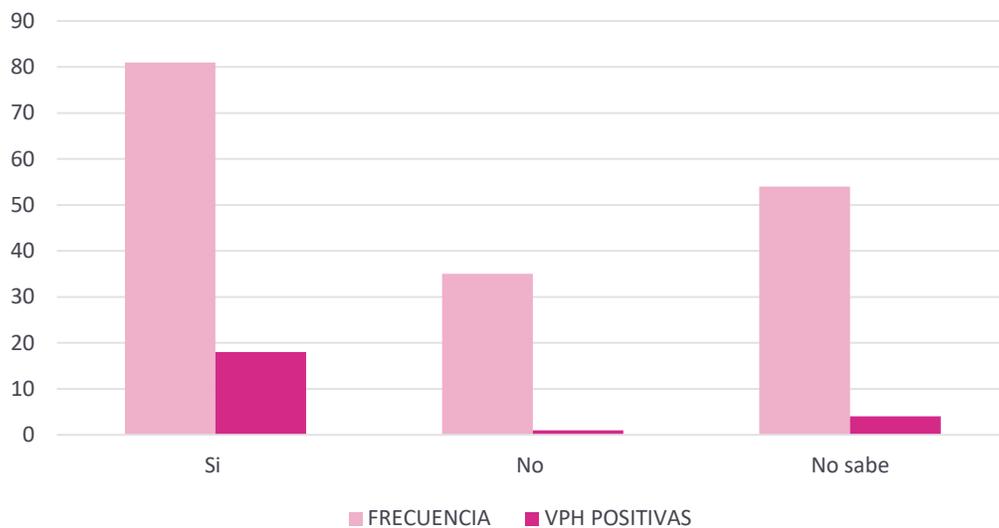


TABLA 19: Resultado sobre el uso de preservativo al tener relaciones sexuales.

11. ¿Utiliza usted como método de protección el preservativo al tener relaciones sexuales?	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Si	30	18%	2	9%
No	98	58%	17	74%
A veces	42	25%	4	17%
Total	170	100%	23	100%

Fuente: instrumento de investigación, pregunta 11.

ANÁLISIS: de todas las 170 mujeres investigadas se encontró que 30 (18%) si utilizan este método de protección, 98 de ellas (58%) no lo utilizan, y 42 mujeres (25%) a veces deciden utilizarlo. Las pacientes con resultado positivo 2 de ellas si usan preservativo (9%), 17 de ellas no utilizan (74%) y 4 pacientes a veces lo usan (17%).

INTERPRETACIÓN: con los resultados obtenidos se determina que la mayoría de las usuarias opta por no utilizar el preservativo como método de protección al momento de tener relaciones sexuales. En las usuarias con resultados positivos hay una marcada diferente entre los porcentajes de las mujeres que utilizan y aquellas que no desean utilizarlo, ya que para las que si lo usan solo 2 de ellas obtuvieron resultado positivo correspondiente a un 9%, en comparación con las mujeres que no lo usan el porcentaje se incrementa notablemente en un 74% de posibilidad de contraer la infección, por lo que el mantener relaciones sexuales sin protección es un factor de riesgo potencial para infectarse por el virus del papiloma humano.

GRÁFICA 15: Resultado sobre el uso de preservativo al tener relaciones sexuales.

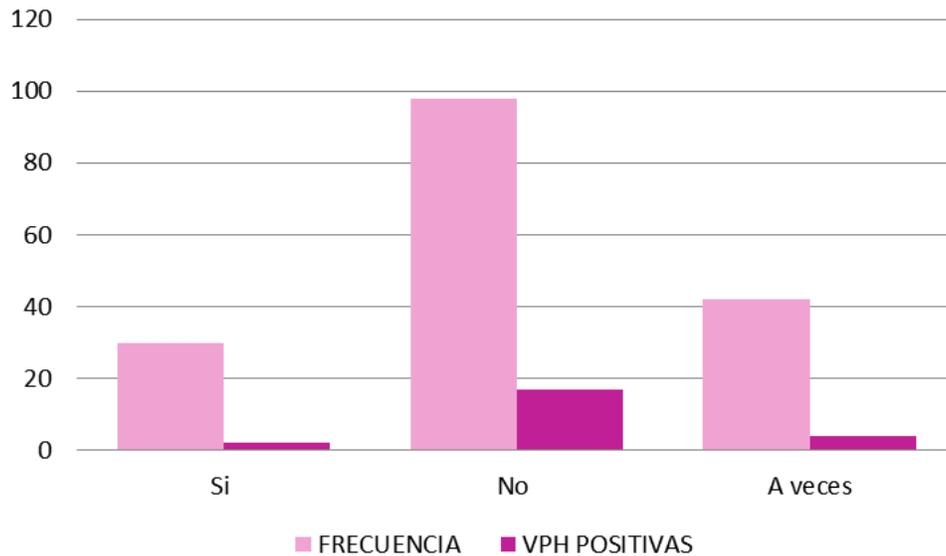


TABLA 20: Resultado sobre práctica de relaciones sexuales orales o anales.

12. ¿Alguna vez ha practicado relaciones sexuales orales o anales?	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Si	0	0%	0	0%
No	170	100%	23	100%
Total	170	100%	23	100%

Fuente: instrumento de investigación, pregunta 12.

ANÁLISIS: al interrogar a las pacientes que se realizan la prueba de tamizaje del virus de papiloma humano, 170 respondieron que no realizan prácticas sexuales orales o anales por lo que representan un 100% de las personas entrevistadas, el cual, al comparar los resultados con las mujeres con resultados positivos para esta prueba, de 23 mujeres positivas el 100% no realiza prácticas sexuales orales ni anales.

INTERPRETACIÓN: en base a los resultados obtenidos se concluye que el 100% de la población que participó en la investigación No practica relaciones sexuales orales o anales, por lo que no existe relación como factor de riesgo para que se desarrolle el virus, ya que las mujeres que obtuvieron resultado positivo, el 100% de ellas no realizan dichas prácticas

GRÁFICA 16: Resultado sobre practica de relaciones sexuales orales o anales.

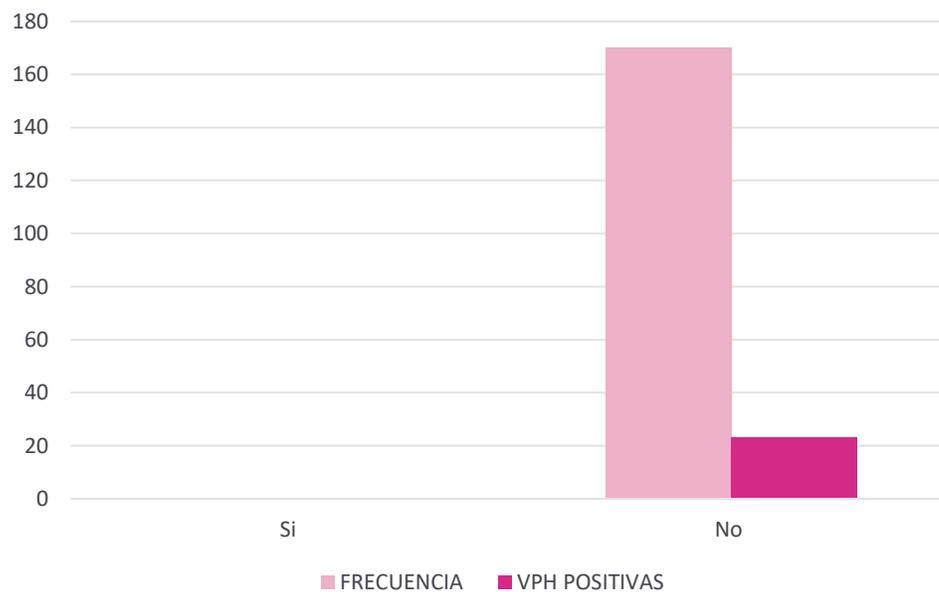


TABLA 21: Resultado sobre práctica de relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.

13. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Si	0	0%	0	0%
No	170	100%	23	100%
Total	170	100%	23	100%

Fuente: instrumento de investigación, pregunta 13.

ANÁLISIS: en la tabla número 12 se obtiene que el 100 % de las pacientes entrevistadas nunca han tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo por lo que 170 mujeres respondieron que No (100%) y ninguna contesto que sí.

INTERPRETACIÓN: Se concluye que, de las mujeres investigadas, ninguna ha tenido relaciones sexuales con las personas de su mismo género; Se descarta la posibilidad que esta práctica represente un factor de riesgo para las mujeres con resultados positivos para VPH, ya que de ellas todas respondieron que No representando así un 100% de la población

GRÁFICA 17: Resultado sobre práctica de relaciones sexuales con personas de su mismo sexo.

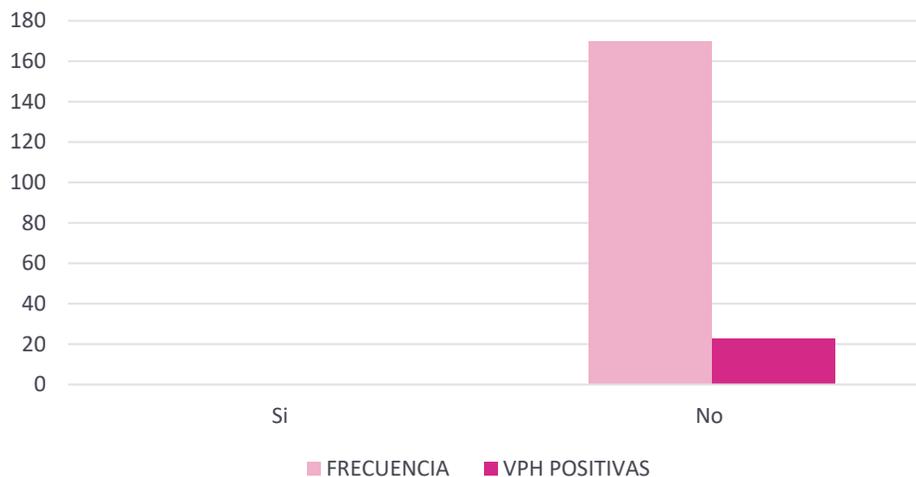


TABLA 22: Resultado sobre cuantos embarazos ha tenido.

14. ¿Cuántos embarazos ha tenido?.	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Ninguno	1	1%	1	4%
1	19	11%	2	9%
2	46	27%	5	22%
3	42	25%	6	26%
Mayor de tres	62	36%	9	39%
TOTAL	170	100%	23	100%

Fuente: instrumento de investigación, pregunta 14.

ANÁLISIS: De las todas las pacientes investigadas, 1 (1%) respondió que no ha tenido embarazos, 19 contestaron que solo 1 (11%), 46 respondieron que 2 (27%), 42 de las usuarias han tenido 3 hijos (25%) y 62 de ellas han tenido más de 3 embarazos (36%); de las pacientes positivas 1 de ellas manifiesta no haber quedado embarazada (4%) , 2 pacientes han tenido 1 embarazo (9%), 5 usuarias han presentado 2 embarazos (22%), 6 mujeres tuvieron 3 embarazos(26%) y 9 respondieron que han experimentado más de 3 embarazos en su vida (39%).

INTERPRETACIÓN: con esta pregunta se evidencia que la mayoría de las mujeres investigadas han tenido más de 3 embarazos representando un 36% del total de la población; En las mujeres con resultado positivo se observa que la tendencia es ligeramente mayor en las mujeres que han tenido más de 3 embarazos, pero este por su relación con la población total podemos decir que el hecho de que una mujer tenga mayor número de embarazos no representa un factor de riesgo para contraer el virus del papiloma humano ya que en ninguna de las categorías alcanza el porcentaje que destaque significativamente.

GRÁFICA 18: Resultado sobre cuántos embarazos ha tenido.

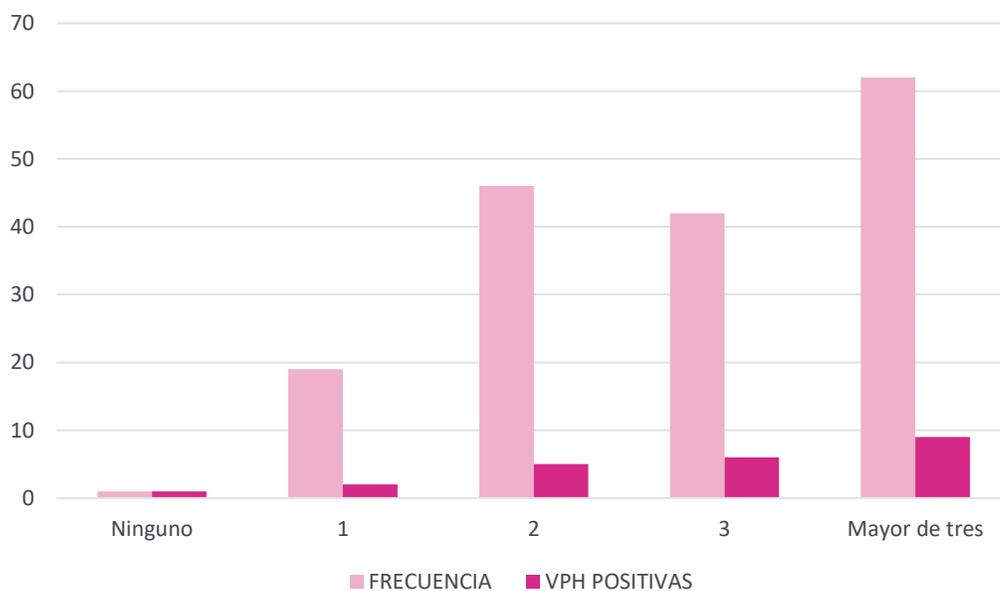


TABLA 23: Resultado sobre cuántos hijos vivos tiene.

15. ¿Cuántos hijos vivos tiene?.	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Sin hijos	1	1%	1	4%
1	19	11%	2	9%
2	36	21%	5	22%
3	37	22%	6	26%
Mayor de tres	62	36%	9	39%
Abortos	15	9%	0	0%
TOTAL	170	100%	23	100%

Fuente: instrumento de investigación, pregunta 15.

ANÁLISIS: de las 170 usuarias 1 paciente respondió que no tiene hijos (1%), 19 respondieron que solo 1 (11%), 36 de ellas tienen 2 hijos vivos (21%), 37 son madre de 3 hijos (22%) y 62 contestaron que mayor de 3 (9%), de estas pacientes 15 han presentado aborto representando un total general del 9%. De las usuarias con resultado positivo se obtiene que 1 de ellas no tiene hijos (4%), 2 tienen 1 hijo (9%), 5 pacientes tienen 2 hijos (22%), 6 mujeres tienen 3 hijos vivos (26%), 9 de ellas tienen más de 3 (39%), de forma particular las mujeres con VPH positivo ninguna ha presentado abortos.

INTERPRETACIÓN: de la población total investigadas el mayor porcentaje de mujeres tienen más de 3 hijos vivos correspondiente a una 36%, en las pacientes con resultados positivos comparten el mayor porcentaje las mujeres que tienen más de 3 hijos vivos con un 39%, aunque no es lo suficientemente significativo para poder establecer el número de hijos como un factor de riesgo para adquirir el virus. Con respecto a los abortos en el total de las mujeres se presentan 15 (9%) pacientes que han tenido que experimentar al menos 1 aborto en su vida, pero de las usuarias positivas para VPH ninguna de ellas refiere haber sufrido un aborto por lo que el haber tenido un aborto no es un factor predisponente para desarrollar infección por el virus del papiloma humano.

GRÁFICA 19: Resultado sobre cuántos hijos vivos tiene.

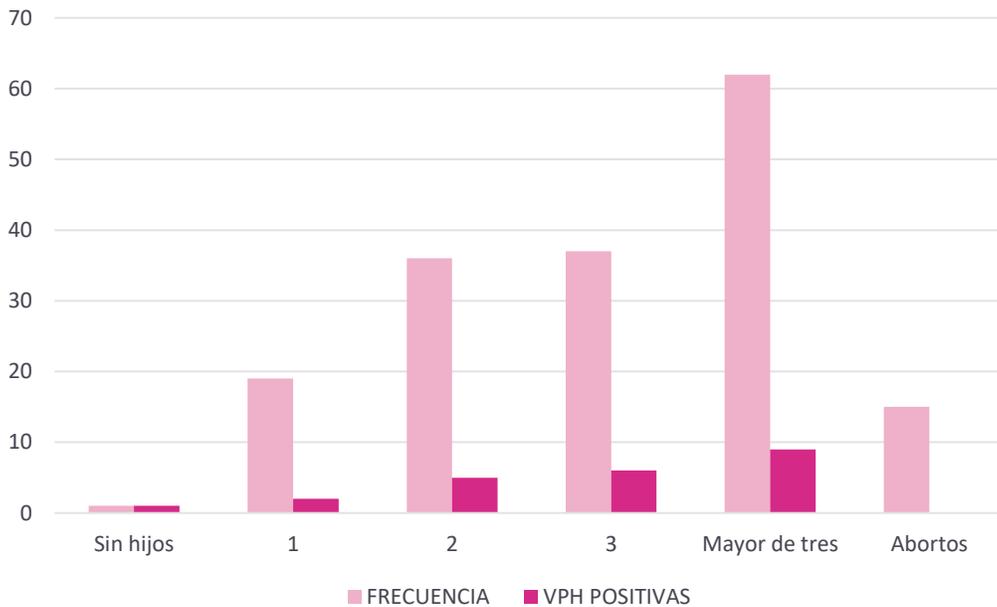


TABLA 24: Resultado sobre patologías en las usuarias investigadas.

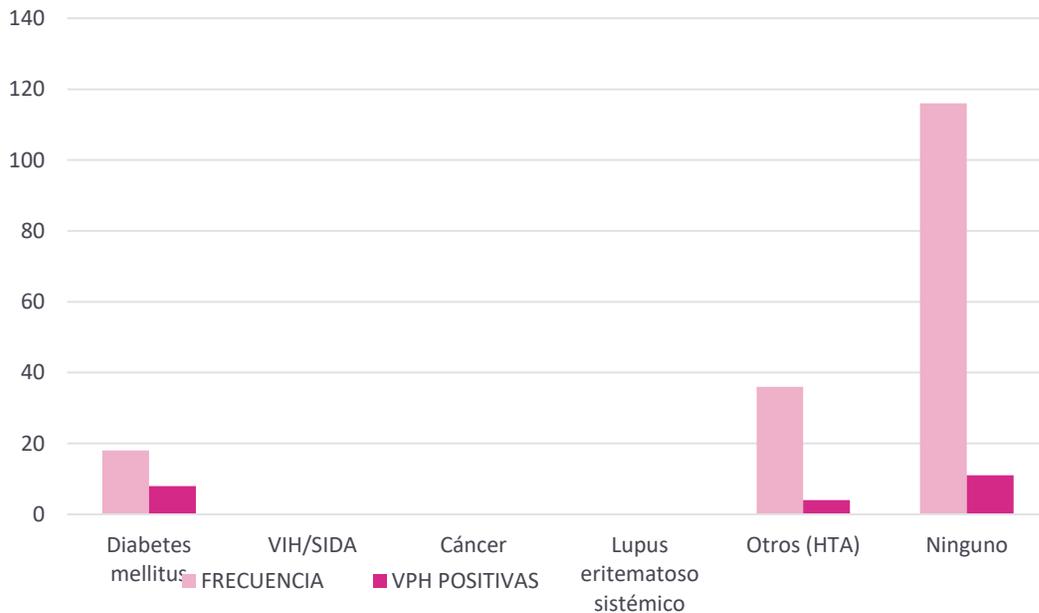
16.¿Padece usted alguna de las siguientes patologías?.	FRECUENCIA	%	VPH POSITIVAS	%
Diabetes mellitus	18	11%	8	35%
VIH/SIDA	0	0%	0	0%
Cáncer	0	0%	0	0%
Lupus eritematoso sistémico	0	0%	0	0%
Otros (HTA)	36	21%	4	17%
Ninguno	116	68%	11	48%
Total	170	100%	23	100%

Fuente: instrumento de investigación, pregunta 16.

ANÁLISIS: de todas las pacientes investigadas el 11% correspondiente a 18 usuarias presentan diabetes mellitus, el 21%, es decir 26 mujeres padecen hipertensión arterial y un 68% conformado por 116 pacientes, no padece ninguna patología. Las pacientes con VHP positiva reportan 8 mujeres (35%) con diabetes mellitus, 4 de ellas en tratamiento por hipertensión arterial crónica (17%) y 11 (48%) sin ninguna enfermedad.

INTERPRETACIÓN: en las mujeres investigadas las patologías predominantes son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, otras patologías como VIH, cáncer, lupus eritematoso sistémico no figuran como respuestas dentro de las usuarias sin alcanzar ningún porcentaje dentro de la investigación; las pacientes con resultado positivo también comparten patologías como diabetes mellitus (35%) e hipertensión arterial crónica (17%) pero ninguna alcanza la probabilidad para ser catalogado como un factor de riesgo para la infección.

GRÁFICO 20: Resultado sobre patologías en las usuarias investigadas.



5.4 COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS.

En nuestro estudio se plantearon dos hipótesis de trabajo, con sus respectivas hipótesis nulas, para el cual se utilizó la siguiente formula:

$$\text{Incidencia: } \frac{\text{nuevos casos}}{\text{total de la poblacion de estudio.}} \times 100$$

5.4.1 Hipótesis de trabajo N°1.

Hi1- La incidencia de infección por el virus del papiloma humano en nuestras comunidades es menor a 24.8%.

Ho1- La incidencia de infección por el virus del papiloma humano en nuestras comunidades es mayor a 24.8%.

Para la comprobación de la primera hipótesis de trabajo se calcula la tasa de incidencia para nuestro estudio, con un total de 23 resultados positivos entre 170 que es el total de usuarias en estudio; resultando una tasa de incidencia de 13.5% donde:

Nuevos casos: 23 pacientes con resultado positivo.

Población total: 170 mujeres que se sometieron al estudio.

$$\text{Incidencia: } \frac{23 \text{ pacientes con resultado positivo.}}{170 \text{ mujeres que se sometieron al estudio.}} \times 100$$

Incidencia: 13.5%

Por lo cual se acepta la hipótesis de trabajo, en la que se demuestra que las usuarias de las comunidades rurales en estudio tienen una menor incidencia de infección del virus del papiloma humano, en comparación con el 24.8% que se tomó como referencia en base al estudio realizado en nuestro país por el Ministerio de Salud en el año 2017 y se rechaza la hipótesis nula ya que la incidencia del estudio es de 13.5%.

5.4.2 Hipótesis de trabajo N°2.

Hi2- El principal factor de riesgo para adquirir el virus del papiloma humano en nuestras comunidades, es tener múltiples compañeros sexuales.

Ho2- El principal factor de riesgo para adquirir el virus del papiloma humano en nuestras comunidades, es no tener múltiples compañeros sexuales.

Para la comprobación de la segunda hipótesis se estudiaron los diversos factores de riesgo que influyen en la presencia del virus de papiloma humano de las mujeres en estudio, en el cual se encontró que el principal factor de riesgo para contraer el virus del papiloma humano es el inicio temprano de las relaciones sexuales donde el 91% de las usuarias con resultado positivo iniciaron relaciones sexuales siendo menor de edad, es decir, antes de los 19 años de edad; como segundo factor de riesgo se encontró la promiscuidad masculina ya que un total de 78% de mujeres con resultados positivos manifestaron que su compañero ha tenido más compañeras sexuales, la presencia de múltiples compañeros sexuales se ubicó como el tercer factor de riesgo detectado en las mujeres del estudio con resultados positivos, obteniendo una proporción de 52% de los casos, por lo tanto para nuestras mujeres no es el principal factor de riesgo asociado y por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

6. DISCUSION

El virus del papiloma humano (VPH) causante del cáncer de cuello de útero, ocupa el cuarto lugar entre los tipos más comunes de cáncer y a nivel mundial se han detectado cifras elevadas en la incidencia del virus del papiloma humano; en el presente estudio en una población de 170 mujeres que se les realizó el tamizaje de VPH, se encontró que 23 de ellas resultaron positivo al tamizaje teniendo una incidencia del 13.5%.

En cuanto a los resultados obtenidos de nuestro instrumento de investigación donde se pretendía encontrar cuales eran los factores de riesgos que más se asocian para poder adquirir el virus del papiloma humano encontramos que el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad es nuestro principal factor de riesgo donde se obtuvo que el 91% de las mujeres inicio relaciones sexuales antes de los 19 años de edad, lo que conlleva que entre más joven se inicie una vida sexual activa hay mayor riesgo de tener múltiples parejas sexuales tanto para la mujer como para el hombre siendo la promiscuidad nuestro segundo factor de riesgo, donde se encontró que el 52% de las mujeres han tenido más de 3 parejas sexuales en su vida y el 78% de las mujeres afirman que de su compañero de vida han tenido otras parejas sexuales a pesar que los establecimiento de salud donde consultan las usuarias han fomentado los conocimientos sobre el virus del papiloma humano y que todas refieren al momento del tamizaje haber escuchado hablar sobre el virus del papiloma humano, la forma de contagio, sobre las formas de prevención y su relación con el cáncer cervicouterino.

En el 2016 Hernández-Márquez C.; Brito-García I.; Mendoza-Martínez M.; Yunes-Díaz E.; Hernández-Márquez E. realizaron un estudio a 693 mujeres Mexicanas entre las edades de 25 a 65 años a quienes se les realizó tamizaje de VPH encontrando que los determinantes sociodemográfico fueron sus principales factores de riesgo seguido de un bajo nivel de conocimientos de las usuarias sobre el virus del papiloma humano¹⁴; sin embargo, en los resultados obtenidos de nuestra investigación los factores sociodemográficos, las prácticas sexuales, la multiparidad y las enfermedades inmunosupresoras no tienen ningún riesgo significativo en cuanto a factores de riesgo para la detección precoz del virus del papiloma humano.

Por lo que podemos demostrar por medio de nuestro estudio que los entre los factores de riesgo principales que predisponen a poder adquirir el virus del papiloma humano se tiene:

1. Inicio de relaciones sexuales a temprana edad.
2. Múltiples parejas sexuales.
3. Promiscuidad masculina.
4. Relaciones sexuales sin protección.

Encontrado que las mujeres cuyo resultado fue positivo presentaban de 3 a 4 de los factores de riesgo mencionado.

6. CONCLUSIONES.

- El virus del papiloma humano ha sido objetivo de estudio por diferentes instituciones por su importancia clínica y alto potencial oncogénico por alguna de sus cepas.
- La presente investigación tuvo como objetivo determinar la tasa de incidencia del diagnóstico precoz del virus del papiloma humano en las usuarias de las comunidades rurales de El Jutal, Monteca y Lagunetas encontrándose con una tasa de incidencia de infección del virus del papiloma humano menor con respecto a la tomada como referencia del Ministerio de Salud.
- Se concluye que los factores de riesgo más significativos encontrados en las usuarias con resultado positivo al tamizaje es el inicio de relaciones sexuales a temprana edad como el principal factor de riesgo, seguido de la promiscuidad masculina, las múltiples parejas sexuales y las relaciones sexuales sin protección, por lo cual se recomienda al personal de salud reforzar a las usuarias el conocimiento sobre el virus del papiloma humano, formas de transmisión, la prevención de la infección de VPH , la relación que existe con el cáncer cervicouterino y los diferentes tratamientos ante una positividad del tamizaje.
- En cuanto al manejo terapéutico para las usuarias con tamizaje positivo se da conocer las diferentes etapas en la que consiste el tratamiento desde el primer nivel de atención hasta el área hospitalaria para aquellas cuya evaluación lo amerite.

8. RECOMENDACIONES.

Teniendo como base las conclusiones presentadas sobre la investigación diagnóstico precoz del virus del papiloma humano a través de la prueba de tamizaje utilizando CYTOBRUSH en mujeres de 30 a 59 años de edad en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar El Jutal, Jucuarán, Usulután; Monteca, Nueva Esparta, La Unión y Lagunetas, Jocoero Morazán año 2019 se realizaron las siguientes recomendaciones:

AL MINISTERIO DE SALUD:

- Mantener el programa de prueba de VPH CARE para obtención temprana del virus del papiloma humano y la reducción del cáncer cervicouterino.
- Promover campañas de toma de pruebas de VPH en zonas donde la población tenga difícil acceso al establecimiento de salud.
- Educación continua sobre el virus del papiloma humano y el diagnóstico precoz en los establecimientos de salud.
- Capacitación a todo el personal de salud sobre el virus del papiloma humano, la toma de la prueba de VPH CARE incluyendo promotores de salud.
- Promoción sobre la prueba de VPH CARE en los medios de comunicación y redes sociales.
- Educación temprana a adolescentes de tercer ciclo sobre el virus del papiloma humano y los riesgos del inicio de relaciones sexuales a temprana edad por medio de talleres educativos o club de adolescentes.

- La aprobación de la vacuna contra el virus del papiloma humano desde la infancia como parte del esquema de vacunación.
- Disponibilidad de vacuna del papiloma humano en los diferentes establecimientos de salud para ofertarlas a las usuarias.

A PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA:

- Motivar a las pacientes por medio de la consulta a la toma de la prueba de VPH para la detección precoz del virus del papiloma humano.
- Realizar charlas en los establecimientos de salud sobre el virus del papiloma humano y la importancia de un diagnóstico precoz.
- Agregar en el plan de educación continua temas sobre el virus del papiloma humano, sintomatología, formas de detección, tratamientos y la relación entre el virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino.
- Participar en capacitaciones para la toma de la prueba de tamizaje con el fin de implementar esta herramienta para el diagnóstico precoz del virus, colocando dentro de la oferta de servicios privados una prueba de tamizaje más efectiva para las usuarias.

A LAS PACIENTES:

- Realizarse la prueba de VPH cada 5 años a partir de los 30 años.

- Concientizar sobre la importancia del inicio de las relaciones sexuales a temprana edad y las múltiples parejas sexuales como parte de la salud.
- Acercarse a los diferentes establecimientos de salud o profesional de salud para resolver dudas sobre el tema y no dejarse llevar por mitos o creencias que la comunidad pueda aportar.
- Conocer la importancia del uso del preservativo como método de prevención contra el virus del papiloma humano.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS Guía para el tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas; 2014. Disponible en: <https://w2.salud.gob.sv/novedades/noticias/noticias-ciudadanas/274-marzo-2014/2319--04-03-2014-presentan-nueva-guia-para-el-tamizaje-y-tratamiento-de-las-lesiones-precancerosas.html>
2. Basic Health International Cervical Cancer Prevention in El Salvador;2017.Disponible en:<https://www.basichealth.org/>
3. OMS Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos, 2016. Disponible en: <https://www.who.int/immunization/es/>
4. Paniagua Cristales G.C., Parada Molina N.R. 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. San Salvador: Universidad de El Salvador;2016.
5. Thierry B. HPV Testing with Hybrid Capture 2 (HC2) Technology;2019. Disponible en: <https://www.qiagen.com/us/resources/knowledgearea/hpvna/digene%20hc2%20hpv%20na/?fbclid=IwAR20gnECLIQF-Z6ijlMljI3HzX4kbyj1ZEU-e3p1IxcYMAOlqBAvTI3RCdQ> .
6. García Anaya M.P. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo del cáncer de cuello uterino.RM,2014.; Disponible: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/13/>

7. Sanabria Negrín J.G.. Virus del papiloma humano.RCMPR,2009. Disponible en:
<http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/562>

8. Ministerio de Salud Publica Virus del Papiloma Humano, 2019. Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48-temas-de-salud-de-la-a-a-la-z/105-virus-del-papiloma-humano-vph-o-hpv?format=pdf>

9. Planned Parenthood Cuales son los síntomas del VPH; 2018. Disponible en:
<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets/vph/cuales-son-los-sintomas-del-vph>

- 10.Talise M. Tratamiento de la infección por VPH;2019. Disponible en:
<https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/vph/tratamiento-de-la-infeccion-por-vph-8911>

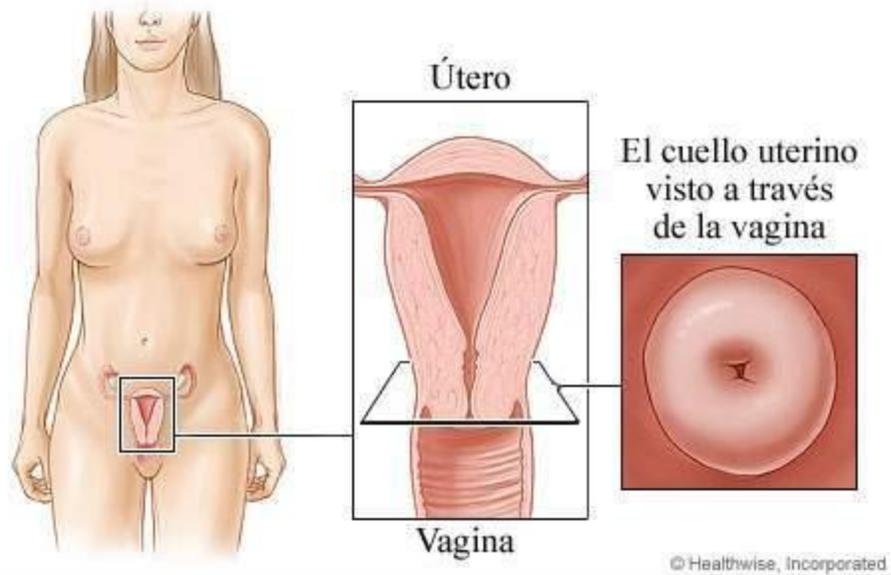
- 11.Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama. El Salvador: Ministerio de Salud; 2015.

- 12.Instituto Nacional del Cáncer en España, Prueba de VPH y Papanicolau; 2019. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/hoja-informativa-prueba-pap-vph#q2>

13. OPS Incorporación de la Prueba del Virus del Papiloma Humano en Programas de Prevención de Cáncer Cervicouterino: manual para gerentes de programas de salud; 2016. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12428:incorporacion-prueba-virus-papiloma-humano-programas-prevencion-cancer-cervicouterino&Itemid=40602&lang=es.

14. Hernández-Márquez C.; Brito-García I.; Mendoza-Martínez M.; Yunes-Díaz E.; Hernández-Marquez E. Conocimiento y creencias de mujeres del estado de Morelos sobre el virus del papiloma humano. RCE octubre-diciembre del 2016; 32(4). URL disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php.com>

FIGURA N°1: Cuello uterino.



Fuente: Recuperada el 27 de octubre del 2019 de https://foter.com/d/d.php?f=https%3A%2F%2Flive.staticflickr.com%23894%2F14766112775_fe21c5cea_b.jpg&s=2ba74b4c2aec5ad0151a4a2a381f71 (Imagen de fuente libre).

FIGURA N°2: Kit para toma de Prueba de Virus del Papiloma Humano.



Fuente: Recuperada el 30 de octubre del 2019, de materiales utilizados en la toma de la prueba de VPH de UCSFB Lagunetas, Jocoro.

FIGURA N°3: CYTOBRUSH utilizado en la Prueba de Virus del Papiloma Humano.



Fuente: Recuperada el 28 de octubre del 2019 de https://www.google.com/search?biw=1366&bih=608&tbm=isch&sxsrf=ACYBGNSeuoO_gnPXJIDro9ScG7vG70HM3Q%3A1573522098146&sa=1&ei=sgrKXZ25CMHX5gKEr2AAw&q=preuba+de+vph&oq=preuba+de+vph&g.354370.60img: (Imagen de fuente libre).

LISTA DE ANEXOS.

ANEXO 1.

- **Consentimiento informado**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**

Diagnóstico precoz del virus del papiloma humano a través de la prueba de tamizaje utilizando cytobrush en mujeres de 30 a 59 años de edad en las unidades comunitarias de salud familiar El Jutal, Jucuarán, Usulután; Monteca, Nueva Esparta, La Unión y Lagunetas, Jocoro Morazán año 2019.

El Salvador, _____ de _____ 2019.

Aclaraciones:

1. Su participación consiste en la realización de una encuesta con preguntas
2. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de aceptar o no aceptar la invitación.
3. La encuesta será de gran utilidad acerca del tema a investigar, además del beneficio que ofrece la prueba de tamizaje, que nos ayuda a identificar precozmente la presencia del virus del papiloma.
4. La información obtenida será mantenida con estricta confidencialidad
5. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
6. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
7. No recibirá pago por su participación.
8. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Con todo el respeto y confidencialidad se le está haciendo participe en este estudio de investigación médica realizada por estudiantes en 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 con respecto al tema de investigación.

Lugar donde se realizará el estudio:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, como miembro de la comunidad participante en el tema de investigación que lleva por nombre **DIAGNOSTICO PRECOZ DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO A TRAVÉS DE LA PRUBA DE TAMIZAJE UTILIZANDO CYTOBRUSH EN MUJERES DE 30 A 59 AÑOS DE EDAD EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILAR EL JUTAL, JUCUARAN, USULUTAN; MONTECA, NUEVA ESPARTA, LA UNION Y LAGUNETAS, JOCORO MORAZAN AÑO 2019**, he comprendido la información anterior y han sido solventadas las preguntas que surgieron con dicho instrumento por lo tanto la información obtenida por mi persona pueden ser publicados o difundidos anónimamente con fines de estudio.

Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma

Investigador:



ANEXO 2.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

OBJETIVO:

Recopilar información sobre el diagnóstico precoz del virus del papiloma humano a través de la prueba de tamizaje utilizando cytobrush en mujeres de 30 a 59 años de edad en las unidades comunitarias de salud familiar El Jutal, Jucuarán, Usulután; Monteca, Nueva Esparta, La Unión y Lagunetas, Jocoro Morazán año 2019.

Indicaciones: Responda con sinceridad a cada una de las preguntas según se les solicita, su información será anónima y confidencial, únicamente para fines académicos.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENCUESTADA

ENCUESTA No. _____

Edad: _____

UCSFB _____

N°

EXPEDIENTE _____

Grado de escolaridad: Primaria: ____ Secundaria: ____ Bachillerato: ____ Superior: ____
Ninguna: ____

Dirección: _____

Ocupación: ama de casa ____ comerciante ____ oficios varios ____

Ingresos familiares:

Menos de \$300 ____ Ingreso por remesas ____

\$300-\$500 ____

Mayor \$500 ____

1. ¿Ha escuchado acerca del virus del papiloma humano?

SI ____

NO ____

2. Si su respuesta es positiva ¿Dónde escucho hablar sobre el VPH?

Establecimiento de salud/profesional de salud ____

Medios de comunicación (TV, radio, prensa) ____

En su comunidad por medio de algún vecino o amigo ____

3. De las siguientes respuestas ¿Cuál piensa usted que es una de las formas de transmisión del VPH?

Mala higiene ____

Contacto corporal (saludo de mano, saludo de beso, abrazos) ____

Vía sexual ____

No sabe ____

4. ¿Sabe usted si el VPH se relaciona con el cáncer?:

Si se relacionan _____ No se relacionan _____ No sabe _____

5. Su estado estado civil es:

Soltera ____

Casada ____

Acompañada ____

Divorciada ____

Viuda ____

6. Si su respuesta es casada o acompañada, ¿su pareja se encuentra actualmente viviendo con usted?

SI ____ NO__Especifique

7. Si su respuesta es soltera, divorciada o viuda, ¿actualmente mantiene relaciones sexuales ocasionales?

SI ____ NO ____

8. ¿A qué edad inició sus relaciones sexuales? _____

9. ¿Durante su vida, cuántos compañeros sexuales ha tenido?

Uno _____ Dos _____ Tres o más _____

10. ¿Su compañero de vida ha tenido otras parejas sexuales?

SI___ NO___ No sabe_____

11. ¿Utiliza usted como método de protección el preservativo al tener relaciones sexuales?

SI___ NO___ A veces_____

12. ¿Alguna vez ha practicado relaciones sexuales orales o anales?

SI___ NO___

13. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo género?

SI___ NO___

14. ¿Cuántos embarazos a tenido?

1___ Abortos___
2___
3___
Mayor de 3___

15. ¿Cuántos hijos vivos tiene?

1___
2___
3___
Mayor de 3___

16. Padece usted alguna de las siguientes patologías:

Diabetes Mellitus___

VIH/SIDA___

Cáncer___ especifique:

Lupus Eritematoso Sistémico___

Otros___ Cuál:

ANEXO N°3.

Cronograma de actividades en el Proceso de Graduación Ciclo I y II año 2019

Meses	FEB/2019				MARZ/2019				ABRIL/2019				MAY/2019				JUN/2019				JUL/2019				AGOST/2019				SEPT/2019				OCT/2019				NOV/2019				DIC/2019			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Actividades																																												
1. Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías		■			■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■	
2. Inscripción del proceso de graduación.	■																																											
3. Aprobación del tema de investigación			■																																									
4. Elaboración del Protocolo de Investigación	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																												
5. Presentación escrita del Protocolo de Investigación																																												
6. Ejecución de la Investigación																																												
7. Procesamiento de los datos																																												
8. Elaboración de la discusión y prueba de hipótesis																																												
9. Elaboración de Conclusiones y recomendaciones																																												
10. Redacción del Informe Final																																												
11. Entrega del Informe Final																																												
12. Exposición de Resultados y Defensa del Informe final de Investigación																																												

ANEXO N°4. PRESUPUESTO

Actividad a desarrollar	Gasto
Impresión primer avance de investigación	\$1.60
Prueba de tamizaje: Cytobrush Especulo Tubos con reactivo Boletas de prueba de tamizaje Transporte de envío de muestras	Financiado por Ministerio de Salud y Programa VPH Care
Impresión protocolos de investigación	\$ 25.00
Trasporte	\$60.00
Reuniones generales para discutir investigación	\$70.00
Fotocopias de encuesta prueba piloto.	\$3.00
Fotocopias de encuestas.	\$10.25
Impresión de informe final.	\$49.50
Empastado informe final.	\$135.00
Materiales e insumos informáticos: acceso internet y memorias USB.	\$350.00
Papelería y suministros de oficina	\$65.00
Exposición de resultados y defensa de informe final de investigación.	\$ 225.00
Total	\$994.35

ANEXO 5.

- **GLOSARIO.**

1- BHI: basic health international.

2- CCU: cáncer cervico-uterino

3- Conización: es un procedimiento terapéutico-diagnóstico, el cual se realiza en el cuello uterino.

4- Cytobrush: un dispositivo en forma de cepillo de uso médico, indicado para la recolección celular del canal endocervical.

5- Factores de riesgo: es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

6- Histerectomía: Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente.

7- Incidencia: Influencia de determinada cosa en un asunto o efecto que causa en él.

8- IVAA: Inspección visual con ácido acético

9- LEEP: escisión electroquirúrgica con asa

10- Lesión precancerosa: presencia de células anormales

11- Microinmunoterapia: es una terapia de inmunomodulación que utiliza los mismos mensajeros que el sistema inmunológico (por ejemplo, citoquinas, hormonas, factores de crecimiento, ácidos nucleicos) para transmitir información al organismo y “reajustar” la respuesta inmunitaria.

12- Prevención: Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.

13- Promoción: proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud

14- Serotipo: es un tipo de microorganismo infeccioso clasificado según los antígenos que presentan en su superficie celular.

15- Tamizaje: medición para establecer quién puede padecer cierta enfermedad y quién no, en cualquier momento de la vida de un ser humano.

16- Verruga genital: son protuberancias blanquecinas o de color piel que aparecen en los genitales o el ano.

17- VPH: virus del papiloma humano.