



Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Escuela de Obstetricia y Puericultura

**“CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES Y MEDIDAS DE AUTOCUIDADO QUE  
PRESENTAN LAS MUJERES CON PAP ALTERADO”**

Tesis para optar al grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura

<b>Profesor Guía:</b>	Claudia Gutiérrez Mella
<b>Estudiantes:</b>	Alexandra Ahumada Alarcón
	Juan Amigo Torrealba
	Bárbara Ibacache Cielo
	Valentina Riquelme Molina

**Valparaíso, 2 0 1 3**

## **DEDICATORIA**

Con todo nuestro cariño y afecto para las personas que hicieron todo en la vida para que pudiéramos lograr nuestros sueños, por motivarnos, soportar nuestro mal humor y darnos la mano cuando sentíamos que el camino se terminaba, a ustedes por siempre nuestro corazón y agradecimiento.

A Dios, nuestros Padres, Familia y Amigos.

## INDICE

<u>Contenido</u>	<u>Páginas</u>
I. Página del Título	1 - 2
II. Resumen en español e ingles	3 - 7
III. Introducción	8 - 11
IV. Material y método	12 - 18
V. Resultados	19 - 36
VI. Discusión	37 - 44
VII. Agradecimientos	45 - 47
VIII. Referencias Bibliográficas	48 - 56
IX. Datos Suplementarios:	57 - 122
1.- Glosario de términos, siglas, abreviaciones	58
2.- Marco Teórico	59 - 87
3.- Objetivo General y Específico	88
4.- Matriz Operacionalización de objetivos	89 - 102
5.- Método	103 - 112
6.- Resultados	113 - 122

# **I. PÁGINA DE TITULO**

**“CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES Y MEDIDAS DE AUTOCUIDADO QUE  
PRESENTAN LAS MUJERES CON PAP ALTERADO”**

Gutiérrez Claudia<sup>1</sup>, Ahumada Alexandra<sup>2</sup>, Amigo Juan<sup>2</sup>, Ibacache Bárbara<sup>2</sup>,  
Riquelme Valentina<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Académica de la Universidad de Valparaíso, Matrona docente de carrera  
Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso.

Correo: claudia.gutierrez@uv.cl

<sup>2</sup> Estudiantes de IV año de la carrera de Obstetricia y Puericultura, Universidad de  
Valparaíso. En Valparaíso, 2013.

Correos:

alexandra.ahumadaa@alumnos.uv.cl

juan.amigot@alumnos.uv.cl

barbara.ibacachec@alumnos.uv.cl

valentina.riquelmem@alumnos.uv.cl

**VALPARAÍSO, CHILE**

## **II. RESUMEN**

## **“CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES Y MEDIDAS DE AUTOCUIDADO QUE PRESENTAN LAS MUJERES CON PAP ALTERADO”**

En Chile como a nivel mundial la prevalencia del virus papiloma humano (HPV) en mujeres es de 29,2%, siendo ésta la infección de transmisión sexual principal y causante del cáncer cervicouterino, convirtiéndose así en unas de las políticas principales de salud pública. Es por lo anterior, que la investigación surge de la necesidad de conocer el comportamiento biosocial y medidas de autocuidado de las mujeres atendidas por primera vez en la Unidad de patología cervical (UPC) del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, debido a escasos o nulos estudios al respecto existentes en la región y a nivel de país (1).

**Objetivos:** Identificar las características biosociales y medidas de autocuidado que presentan las mujeres con Papanicolaou (PAP) alterado, atendidas por primera vez en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

**Metodología:** El diseño es cuantitativo, descriptivo, exploratorio y transversal. La muestra se constituyó por 50 mujeres con PAP alterado atendidas por primera vez en la Unidad de Patología Cervical (UPC) del Hospital Carlos Van Buren, entre los meses de Abril - Septiembre del 2013. Se confeccionó y válido un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, aplicadas por los investigadores. Además, se tomaron muestras cervicales para la genotipificación con la técnica NucliSens EasyQ HPV en el departamento de Virología, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Los datos fueron ingresados y tabulados en una planilla de cálculo en el programa Microsoft Office Excel 2003.

**Resultados:** Entre las características biológicas, el 26% de las mujeres pertenecen al grupo etario de 25-34 años, el 48% presentaron test positivos para HPV de alto riesgo, el 66% tuvieron su primera relación sexual entre los 15-19 años, el 52% ha tenido entre 2 a 4 partos y el 74% no tienen antecedentes de infecciones de transmisión sexual. De las características sociales, el 46% es soltera, el 28% ha cursado la enseñanza media completa y el 100% pertenece a

Fondo Nacional de Salud (FONASA). De las medidas de autocuidado, un 36% asiste a control ginecológico anualmente, el 46% se realizan el PAP cada 2 a 3 años, el 50% ha tenido de 1 o 2 parejas sexuales, un 27% no utiliza el preservativo porque no es deseado por la pareja, el 34% fuma entre 1 a 5 cigarrillos diarios y un 30% consume alcohol 1 vez al mes.

**Conclusiones:** Conocer algunas características biosociales permite examinar estrategias gubernamentales para la población que se pueden implementar en la prevención de la adquisición del virus del HPV y por ende del desarrollo de Cáncer Cervicouterino (CaCu), como son: la educación sexual, estilos de vida saludables, vacunación temprana, entre otras. Además se hace necesario ampliar los estudios e investigaciones en estos temas que permitan contribuir en la vida sexual de la mujer y de la sociedad.

**Palabras Claves:**

- PAP ALTERADO O POSITIVO: PAP con presencia de células atípicas o neoplasias (2).
- HPV (Virus del Papiloma Humano): Infección de transmisión sexual causante del cáncer cervicouterino (3).
- AUTOCUIDADO: Medidas para cuidarse, protegerse y prevenir todo tipo de trastorno que afecte la salud (4).
- UPC (Unidad de Patología Cervical): Nivel Secundario de Atención, para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de patologías del cuello uterino (5).

## **“BIO-SOCIAL CHARACTERISTICS AND SELF - CARE MEASURES THAT WOMEN WITH MODIFIED PAP PRESENT”**

In Chile as to a worldwide level the prevalence of the human papillomavirus (HPV) in women is about 29, 2%, being this sexually transmitted infection the main reason to cervix uteri cancer, becoming this one of the principal health care policies. Due to the above, the research comes from the need of knowing the biosocial behaviour and the self - care measures of women assisted for the first time in the Patologic Cervix Unit (PCU) at the Carlos Van Buren Hospital from Valparaiso, because of limited or non-existing studies about this that exist in the region and at national level (1).

**Objetives:** Identify the bio-social characteristics and self-care measures that women with modified Papanicolau (PAP) present, being taken care of for the first time in the Cervix Pathology Unit at the Carlos Van Buren Hospital, Valparaíso.

**Methodology:** The design is quantitative, descriptive, explorative and transversal. The sample was stratified by 50 women with modified PAP being taken care of for the first time in Cervix Pathology Unit at the Carlos Van Buren Hospital between the months of April and September 2013. A questionnaire was designed and approved with open and closed questions, applied by the investigators. Even more, cervix sample were taken for the genotypification using the Nuclisens Easy Q HPV technique in the Virology Department, Medicine Faculty, Valparaiso University. The data was collected and validated in a Spreadsheet using the Microsoft Office Excel 2013 software.

**Results:** Among the biological characteristics, the 26% of women belong to an age group between 25-34 years old, the 48% of them resulted on positive tests for high risk HPV, the 66% of them had their first sexual experience between ages 15-19 years old, the 52% of them have had between 2 and 4 births and the 74% of them do not have any record of sexually transmitted infections. Among the social characteristics, the 46% of women studied is single, the 28% of them graduated

from school and the 100% of them belong to the National Health Care Fund (FONASA). Among the self - care measures, a 36% of them go under annually gynecologic controls; the 46% of them go under the PAP procedure every 2 or 3 years, the 50% of them have had 1 or 2 sexual partners, a 27% do not use preservatives because is not accepted by a partner, the 34% of them smoke around 1 to 5 cigarettes a day and a 30% drinks alcohol once a month.

**Conclusions:** Knowing some of the bio-socials characteristics that allow examining governmental strategies for the population that can be applied in the prevention against the acquisition of the HPV virus and so to the development of cervix uteri cancer (CaCu), which are: sexual education, healthy life styles, and preventive vaccination, among others. Additionally, it is necessary to expand the studies and investigations around these themes that allow contributing into woman's sexual life and society.

**Key word:**

- MODIFIED PAP OR POSITIVE: PAP in the presence of unusual cells or neoplasms (2).
- HPV (human papillomavirus): Sexually transmitted infection that can cause cervix uteri cancer (3).
- SELF-CARE: Measures to take care of you, protect and prevent all kinds of disorders that can affect overall health (4).
- CPU (Cervix Pathology Unit): Secondary Level of Attention, diagnostic confirmation, treatment and control of cervix pathologies (5).

# **III. INTRODUCCIÓN**

En esta tesis se presentarán los resultados de la investigación realizada en el programa de obtención del título universitario de Licenciado en Obstetricia y Puericultura, con orientación biológica y sociológica, con el objetivo de determinar las características biosociales, así como las medidas de autocuidado que presenta la mujer con PAP alterado derivada a la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

Un ensayo clínico tradicional para el diagnóstico de la infección por HPV es la técnica de tinción Papanicolaou (PAP). Se estima que aproximadamente el 50% de las infecciones HPV positivas pasan desapercibidas por el PAP (6), si bien esta metodología ha ayudado a reducir la incidencia del cáncer cervicouterino (CaCu), se ha necesitado que los PAP alterados se deriven a UPC para confirmar la presencia de lesiones causadas por HPV o confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

El virus papiloma humano representa una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente en el mundo, que puede causar proliferaciones epiteliales en las superficies cutáneas y mucosas, siendo reconocido como un factor etiológico para el desarrollo del cáncer cervical (6) (7).

Existen 200 tipos de HPV, en relación a su patología oncogénica, se clasifican en 2 tipos; de alto riesgo y de bajo riesgo. En relación al primero, alrededor de 15 tipos de HPV, causan el 100% de los casos de cáncer cervicouterino, de ellos dos, los HPV 16 y 18, han sido consistentemente aislados en cerca de 70% de las mujeres con cáncer cervicouterino en prácticamente todas las regiones del mundo. Los HPV de bajo riesgo, HPV 6 y 11 producen un elevado porcentaje de displasias cervicales leves, correspondiendo a más del 90% de las verrugas genitales o condilomas acuminados (8) (9) (10).

Así también, el HPV es un agente asociado a tumores de la región anogenital e implicado con una fracción menor en el desarrollo de tumores malignos del tracto respiratorio alto, digestivo, vejiga y uretra, en comparación al cáncer cervicouterino, siendo ésta la 4<sup>a</sup> causa mundial de muerte neoplásica en

mujeres, existiendo actualmente 475.000 casos nuevos por año, tras los cánceres de mama, pulmón y estómago (11) (12).

A nivel mundial existe una prevalencia de 10,41%, aproximadamente 291 millones de mujeres portan el ADN del HPV en un momento dado, el 23% de esas infecciones se relacionan con el HPV 16 y un 8,5% con HPV 18. Se dice que al menos el 50% de las mujeres y hombres sexualmente activos contraerán esta infección genital durante su vida y por lo menos el 80% de las mujeres habrá tenido al menos una infección por algún tipo de HPV en su vida al llegar a los 50 años de edad (13) (14) (11).

La mayor prevalencia de HPV de alto riesgo oncogénico se encuentra en África y América Latina (los virus más frecuentes de HPV son: 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 58 y 59). De estos el más frecuente en el mundo es el HPV 16. Los tipos 33, 39 y 59 se concentran en Centroamérica y Sudamérica (15). Según el MINSAL, la prevalencia expandida a nivel nacional de HPV es de 29,2% (15% para HPV de alto riesgo y 14% para bajo riesgo) (1).

En Chile, se ha reportado una amplia variación regional en los tipos de HPV en la población general de mujeres, en un estudio realizado en mujeres pertenecientes al consultorio de atención primaria el Roble en el año 2004, se identificaron 34 genotipos de HPV (13 de alto riesgo y 21 de bajo). Los principales genotipos de alto riesgo fueron HPV 16, 56, 31, 58, 59, 18 y 52 que correspondieron al 75,4% del total de los genotipos de alto riesgo (16) (11).

La sociedad ha ido cambiando por ende también las características y medidas de autocuidado de las mujeres de diversas edades que adquieren la infección de HPV; es por esto que se espera que en un futuro la prevención en los distintos niveles de salud, la actualización de la información que respecta a este virus junto al desarrollo del programa de detección precoz de CaCu, produzca una disminución notoria en la presencia de lesiones por la infección de HPV en mujeres en edad fértil. Por lo que, la importancia de estudiar y ampliar el

conocimiento respecto al HPV, es debido al aumento significativo de estos virus en Chile y en el mundo.

Este estudio está fijo sobre un escenario donde las características geográficas marcan singularmente el tipo de proceso e identidad socio-territorial que han vivido las mujeres de la quinta región, con el consecuente impacto físico y cultural, pasado por diversos tipos de procesos socioculturales migratorios, personales y familiares, presentan similares carencias educativas en los factores que inciden en el contagio del HPV.

Como objetivo biológico de este estudio, es explicar por qué y cómo las personas adoptan ciertas conductas que tendrían efectos en su propia salud, considerando que entender determinados comportamientos biológicos es un requerimiento básico para facilitar y reforzar ciertas conductas, mientras más se logre saber de los factores biológicos que subyacen al comportamiento existe mayor probabilidad de influir en las decisiones que permiten desarrollar mejores herramientas para buscar, promover y mantener las mejores prácticas en la salud de la población femenina en la quinta región.

La orientación educativa y el análisis propio de la enfermedad va a permitir descubrir aquellos elementos que realmente influyen en prevenir y mejorar dicha dolencia, también existen otros factores de carácter social - sexual que serán estudiados en esta tesis. Así el sentido final de esta tesis es lograr un perfil de las mujeres con PAP alterado con el objetivo de prevenir y saciar las necesidades de buena salud de la población femenina de la quinta región.

Es aceptable generalmente la idea de que mientras más conocimientos se tengan de su “biología, sociología y autocuidado” podrá el profesional entregar mayor conocimiento al paciente. Una muestra evidente del papel crucial que corresponde al profesional Matrona – Matrón en la prevención de las enfermedades es entregar el conocimiento educativo, biosocial a la formación de cada uno de sus pacientes estableciendo un plan instructivo que sepa combinar el conocimiento con la entrega a aquellos que más lo necesitan.

# **IV. MATERIAL Y MÉTODO**

## **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y transversal, que describe la distribución de la muestra en un momento determinado.

Este estudio que identifica características biosociales y describe las medidas de autocuidado que presentan las mujeres con PAP alterado, forma parte y contribuye en el desarrollo de una investigación macro denominada: “Identificación de genotipos de virus de papiloma humano (HPV) de alto riesgo en mujeres que se atienden en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren”.

Dicho estudio se presenta en el mes de Diciembre al comité de evaluación Ético - Científica del Servicio de Salud de Valparaíso - San Antonio, el cual es aprobado por el comité el 31 Enero del 2012 (Ver Anexo N°5.1).

Se diseña el objetivo general y 3 objetivos específicos referentes a lo que se busca estudiar en la investigación.

Se recopila información respecto a diversos factores asociados al contagio del HPV en la mujer y a partir de lo anterior se plantean las variables de estudio las que posteriormente son clasificadas y ordenadas de acuerdo a cada objetivo específico en un cuadro sinóptico (Ver Anexo N°4).

Posteriormente, se construye el instrumento tipo cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, destinadas a recabar información de cada variable en estudio. Fue aplicado un pilotaje a 8 mujeres, elegidas de manera aleatoria que se atendieron en la Unidad de Patología Cervical, que no son consideradas en la muestra. De acuerdo a los resultados obtenidos se modificaron algunas preguntas y alternativas con el fin de facilitar la comprensión del instrumento y recoger información fidedigna en el instante de su aplicación (Ver Anexo N°5.2).

Previo a la aplicación del instrumento la usuaria lee, acepta y firma el consentimiento informado (Ver Anexo N°5.3) perteneciente al estudio donde este seminario está inserto, facultando de este modo que sus datos puedan ser utilizados en las investigaciones, explicando a la vez que los registros recolectados serán identificados y expuestos a través de números, ya que los datos personales obtenidos serán tratados con estricta confidencialidad, en ningún caso se publicarán sus nombres, puesto que esta investigación se rige por la normativa actual vigente para investigaciones en seres humanos, ley 20.120, ley y Derechos en Deberes en Salud 20.584. A continuación se procede a la toma de la muestra cervical al sujeto en estudio.

El instrumento definitivo es aplicado a 50 mujeres que presentaron PAP alterado y que son derivadas a la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren en el período Abril - Septiembre del 2013.

Posterior a la aplicación del instrumento, se tabula la información en una base de datos, con un programa de Microsoft Office Excel año 2007, que luego es traspasado a representaciones gráficas, mediante los cuales se obtienen los resultados y análisis que condujo a la conclusión de la investigación.

## **LIMITACIONES**

En esta investigación se presentaron las siguientes limitaciones:

- Muestra no representativa a toda la población por ser seleccionada por muestreo por cuota no probabilístico debido a criterios financieros, en consecuencia los resultados no pueden ser extrapolados.
- Estrecho periodo de tiempo del que dispusieron algunas unidades informantes para la toma del instrumento de recolección de datos.

- Restricción horaria y escasez de usuarias nuevas en el horario establecido por el médico encargado de la toma del examen citológico que permitió genotipificar el virus HPV en las unidades informantes.
- Inasistencia de los sujetos en estudio a la atención con el médico encargado de la toma del examen citológico para genotipificar el virus HPV, lo que provoca un aumento en el tiempo para la toma del instrumento.
- Finalización del proyecto de tesis con fecha establecida el 10 de Diciembre del presente año.
- Costo del transporte de los tesisistas para desplazarse al lugar donde se aplica el instrumento de recolección de datos.
- Coordinación de los tesisistas en cuanto a horarios entre prácticas de laboratorio: Comunitaria II, Salud Sexual y Reproductiva III, Neonatología II, reuniones de tesis y actividades personales para la realización del estudio.

## **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

- **UNIVERSO**

El universo de la investigación corresponde a 113 mujeres que fueron atendidas en los Servicios de Atención Primaria de Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso, Centro de Salud Familiar Jean Marie Thierry y Plaza Justicia, del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, que presentan PAP alterado y que ingresan por primera vez en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren, de la región de Valparaíso, en el período de Abril - Septiembre del 2013.

- **MUESTRA**

El mecanismo que se utiliza para obtener la muestra es por cuotas o denominada “accidental” que consiste en la elección por métodos no aleatorios de la muestra. La cuota es elegida según los recursos de materiales disponibles, que se necesitan para investigar al sujeto en estudio. Se seleccionan las primeras 50 mujeres que presentan PAP alterado y que ingresan por primera vez en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren de la región de Valparaíso, en el período de Abril - Septiembre del 2013.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

- ▶ **Criterios de inclusión:** 50 mujeres que presentan PAP alterado que son ingresadas por primera vez a la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren de la región de Valparaíso, en el período de Abril - Septiembre del 2013 con:
  - ✓ PAP sugerente de cáncer invasor.
  - ✓ PAP sugerente de Neoplasia Intraepitelial (NIE I, II y III o Ca in Situ).
  - ✓ Primer PAP Atípico que no pudo descartar lesión de alto grado o mayor.
  - ✓ Primer PAP Atípico glandular.
  - ✓ Segundo PAP Atípico inespecífico.
- ▶ **Criterios de exclusión:** mujeres que presentan ectropión cervical, derivaciones no pertinentes (no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud [GES]), mujeres en control y seguimiento que se atendieron en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren de la región de Valparaíso, en el período de Abril - Septiembre del 2013.

## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

- **UNIDAD DE ESTUDIO:**

Contempla a 50 mujeres que son atendidas por primera vez (nuevas) en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren que fueron derivadas con PAP alterado.

- **UNIDADES INFORMANTES:**

Instrumento que es aplicado por los tesisistas a las 50 mujeres nuevas con PAP alterado y que son atendidas en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren en el período de Abril - Septiembre del 2013.

- ▶ Datos diagnósticos de Virus Papiloma Humano del Departamento de Virología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso de las 50 mujeres nuevas que se atienden en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren. Información que se adquiere a través de la técnica reacción de cadena de polimerasa en tiempo real, llamada NucliSens EasyQ HPV, obteniendo la prevalencia de los genes 16, 18, 31, 33 y 45 de la población en estudio pertenecientes a los HPV de alto grado oncogénico.

## **RECOLECCIÓN DE DATOS**

- **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Esta investigación es revisada y aprobada por el “Comité de evaluación Ético - Científica del servicio de Salud de Valparaíso - San Antonio”, dentro de los meses de Diciembre del 2012 y Febrero del 2013.

El instrumento de recolección de datos es elaborado a partir del cuadro sinóptico (Ver Anexo N°4) el cual fue creado por medio de la información

presentes en las fuentes bibliográficas del marco teórico, permitiendo posteriormente formular 33 preguntas cerradas y abiertas.

Para perfeccionar el instrumento, es aplicado como pilotaje durante el mes de Marzo del presente año a 8 mujeres elegidas de manera aleatoria que son atendidas en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren. A partir de lo anterior se realizan modificaciones, obteniendo el instrumento definitivo (Ver Anexo N°5.2).

El instrumento se aplica a 50 mujeres con PAP alterado que se atendieron por primera vez en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren y que accedieron bajo consentimiento informado a ser encuestadas y estudiadas (Ver Anexo N°5.3).

- **TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos mediante la encuesta aplicada son llevados a una planilla de cálculo confeccionada en el programa computacional Microsoft Office Excel 2007. Esta planilla de cálculo proporciona las frecuencias totales de las distintas variables que fueron planteadas.

Teniendo claridad en los datos obtenidos se fabrican gráficos en el programa Microsoft Word 2003, para representar la información de las variables estudiadas.

Los tipos de gráficos que se utilizan son: de barra simple y torta (sectorial).

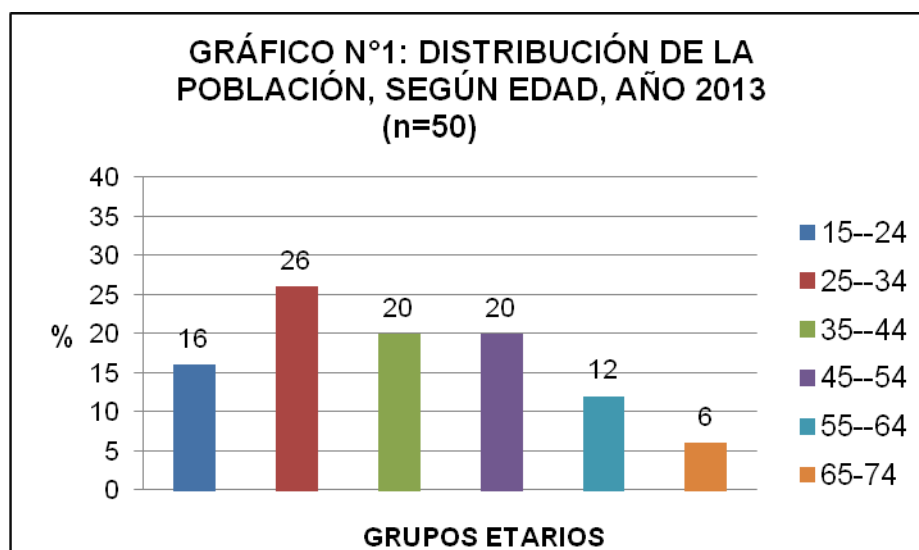
En cada gráfico se realiza un comentario describiendo los datos obtenidos, adjuntos a estos, se presenta una tabla con sus respectivas frecuencias expresadas en números enteros y en porcentajes.

# **V. RESULTADOS**

**OBJETIVO N° 1:** Características biológicas; edad, inicio de la actividad sexual, paridad, vía de parto, antecedente de ITS, tamizaje y genotipificación del HPV, que presentan las mujeres con PAP alterado derivadas a la UPC del Hospital Carlos Van Buren.

**TABLA N°1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN EDAD, AÑO 2013**  
(n=50)

Edad (Años)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
15-24	8	16
25-34	13	26
35-44	10	20
45-54	10	20
55-64	6	12
65-74	3	6
Total	50	100

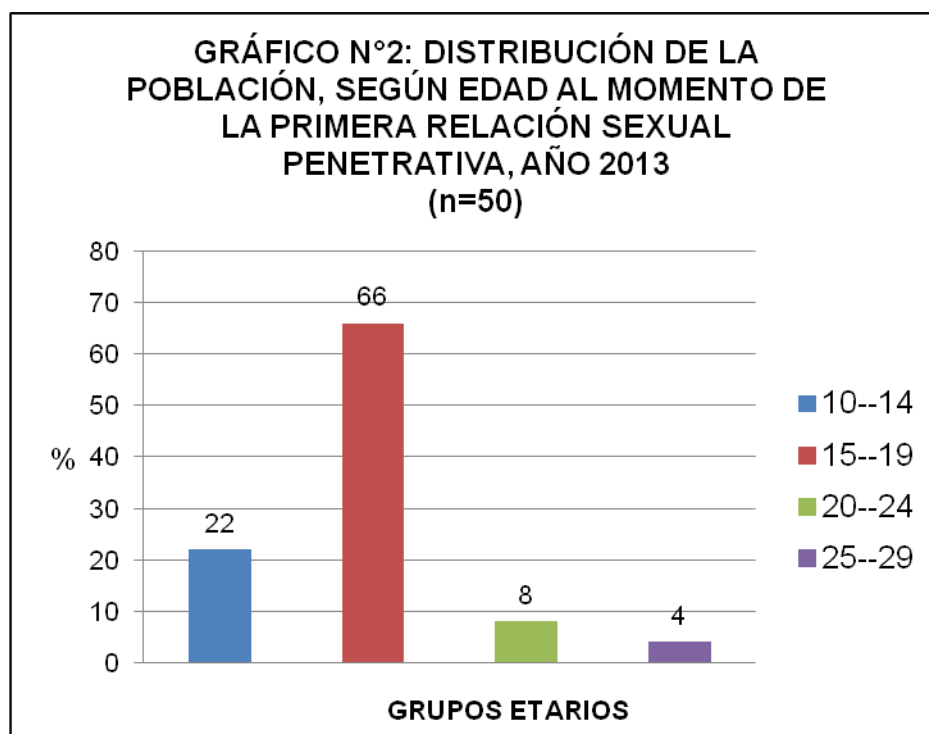


(FUENTE: UPC, HCVB)

El 26% de las mujeres se encuentran en el grupo de 25-34 años, continuando en igual porcentaje con 20%, los grupos etarios entre las edades de 35-44 y 45-54 años. El 16% pertenece al grupo entre 15-24 años y el 12% a las edades de 55-64 años y restante corresponde a los años entre 65-74 años.

**TABLA N°2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN EDAD AL MOMENTO DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL PENETRATIVA, AÑO 2013**  
(n=50)

Edad (Años)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
10-14	11	22
15-19	33	66
20-24	4	8
25-29	2	4
Total	50	100

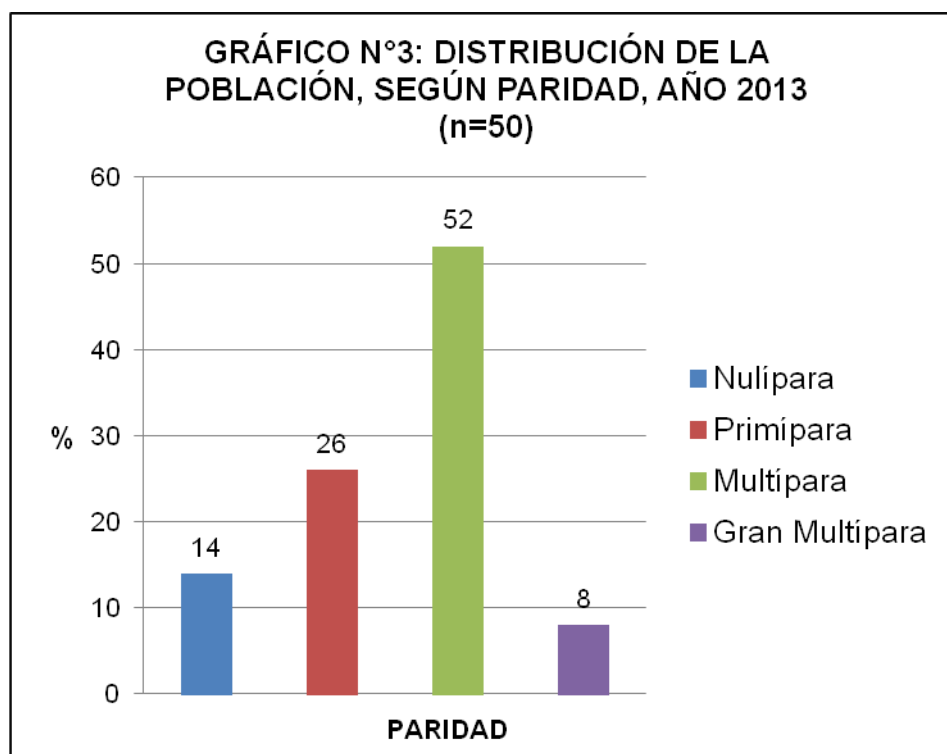


(FUENTE: UPC, HCVB)

El 66% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual entre las edades de 15-19 años. El 22% pertenece a las edades entre 10-14 años, el 8% entre 20-24 años y el menor porcentaje con un 4% corresponde a las edades de 25-29 años de edad.

**TABLA N°3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN PARIDAD,  
AÑO 2013  
(n=50)**

<b>Paridad</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
Nulípara	<b>7</b>	<b>14</b>
Primípara	<b>13</b>	<b>26</b>
Múltipara	<b>26</b>	<b>52</b>
Gran Múltipara	<b>4</b>	<b>8</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>



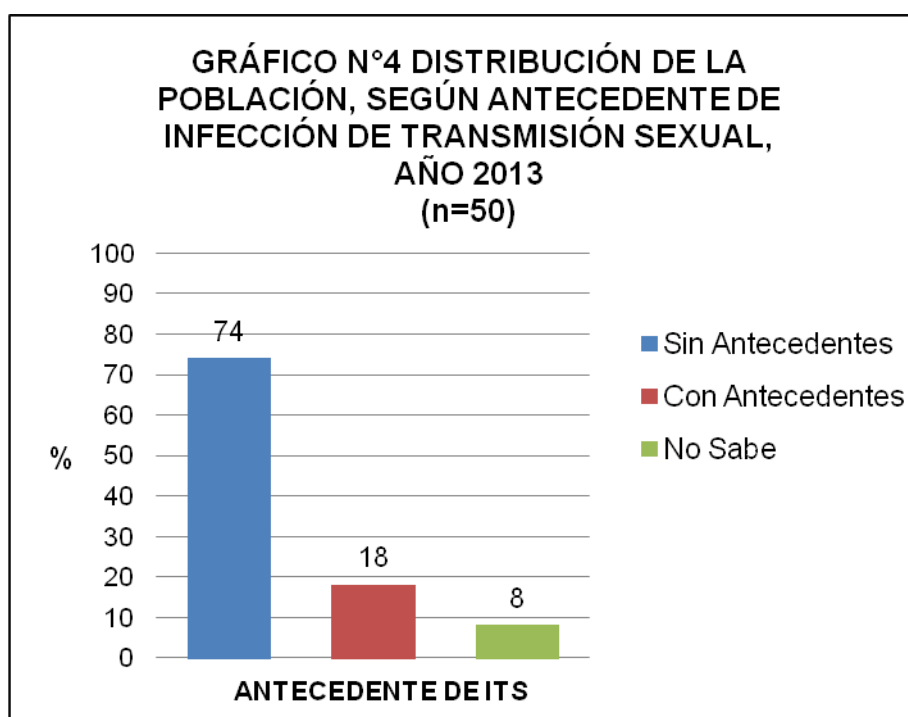
(FUENTE: UPC, HCVB)

El 52% de las mujeres con PAP alterado ha tenido entre 2 a 4 partos (Múltipara), el 8% corresponde a las mujeres con 5 o más partos (Gran Múltipara), el 14% nunca ha parido (Nulípara), mientras que el 26% solo ha tenido un parto (Primípara).

**TABLA N°4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN ANTECEDENTE DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL, AÑO 2013**

(n=50)

<b>Antecedente de ITS</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
Sin antecedente	<b>37</b>	<b>74</b>
Con antecedente	<b>9</b>	<b>18</b>
No sabe	<b>4</b>	<b>8</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

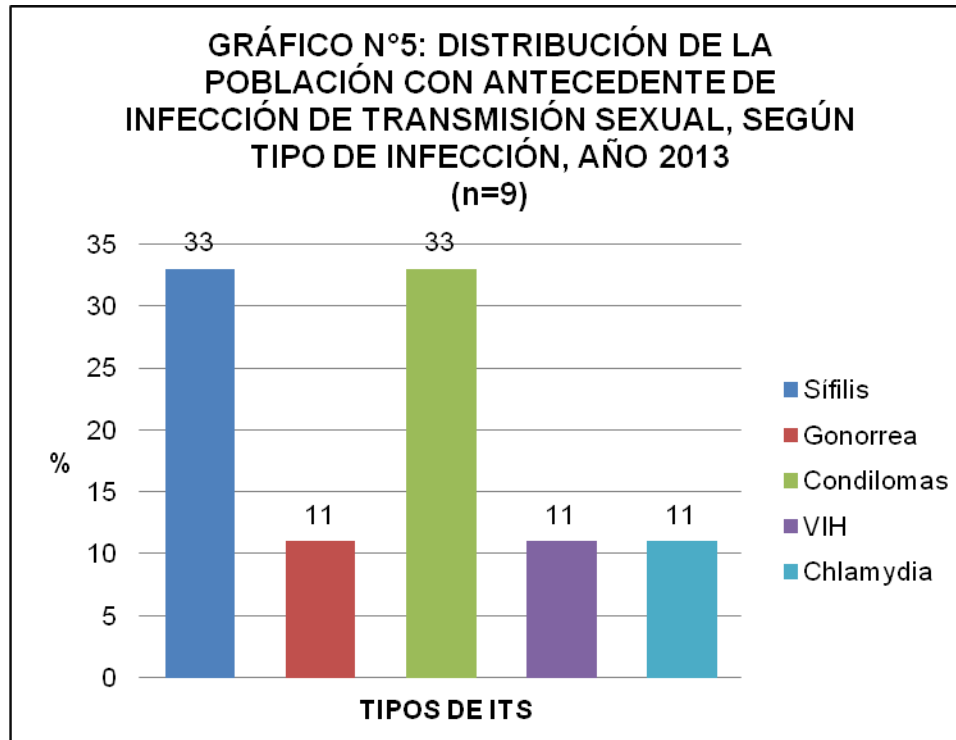


(FUENTE: UPC, HCVB)

El 74% corresponden a las mujeres sin antecedentes de infecciones de transmisión sexual, el 18% si han presentado, mientras que un 8% no sabe.

**TABLA N°5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON ANTECEDENTE DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SEGÚN TIPO DE INFECCIÓN, AÑO 2013**  
(n=9)

Tipo de ITS	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Sífilis	<b>3</b>	<b>33</b>
Gonorrea	<b>1</b>	<b>11</b>
Condilomas	<b>3</b>	<b>33</b>
VIH	<b>1</b>	<b>11</b>
Chlamydia	<b>1</b>	<b>11</b>
Total	<b>9</b>	<b>100</b>



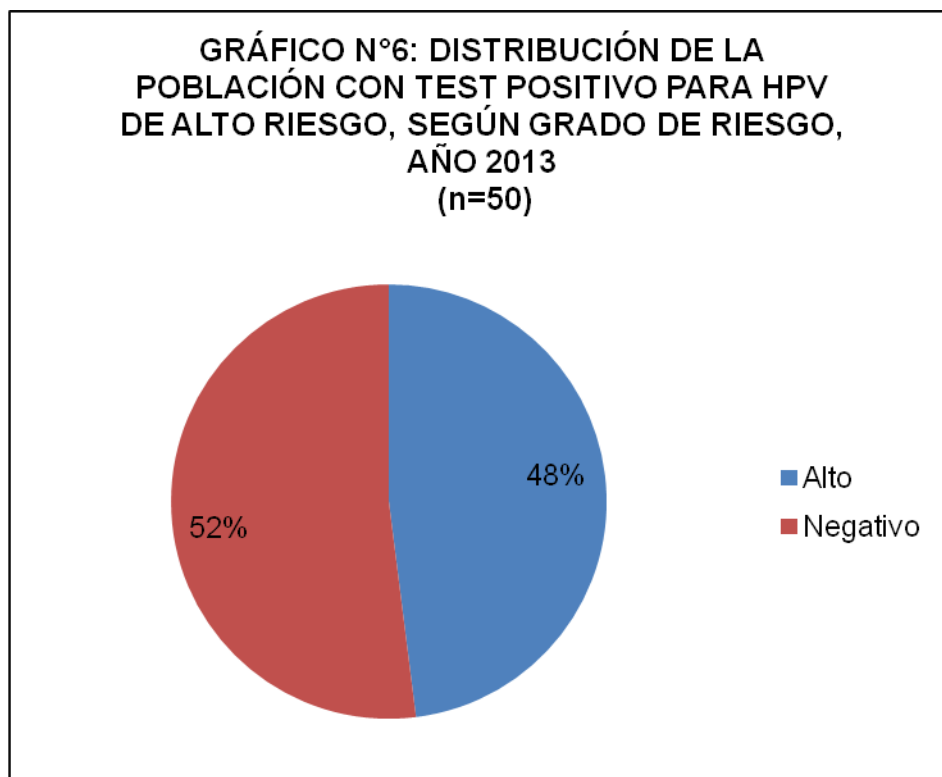
(FUENTE: UPC, HCVB)

El 33% de las mujeres ha tenido Sífilis alguna vez en su vida, de igual forma un 33% ha presentado Condilomas. Un 11% ha tenido Gonorrea, continuando en igual porcentaje el VIH y Chlamydia.

**TABLA N°6: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON TEST POSITIVO PARA HPV DE ALTO RIESGO, SEGÚN GRADO DE RIESGO, AÑO 2013**

**(n=50)**

<b>Riesgo</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
Alto	<b>24</b>	<b>48</b>
Negativo	<b>26</b>	<b>52</b>
Total	<b>50</b>	<b>100</b>



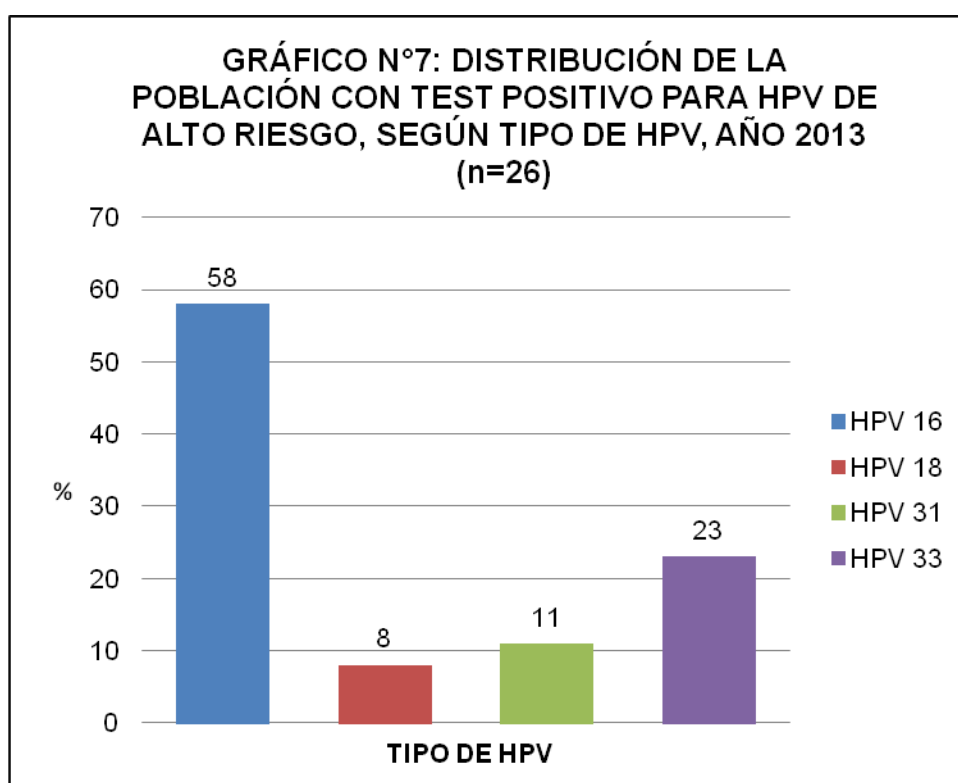
**(FUENTE: UPC, HCVB)**

El 48% corresponden a las mujeres con test positivos para HPV de alto riesgo, mientras que el 52% no presenta HPV de alto riesgo.

**TABLA N°7: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON TEST POSITIVO PARA HPV DE ALTO RIESGO, SEGÚN TIPO DE HPV, AÑO 2013**

(n=26)

Tipo de HPV	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
HPV 16	15	58
HPV 18	2	8
HPV 31	3	11
HPV 33	6	23
Total	26	100



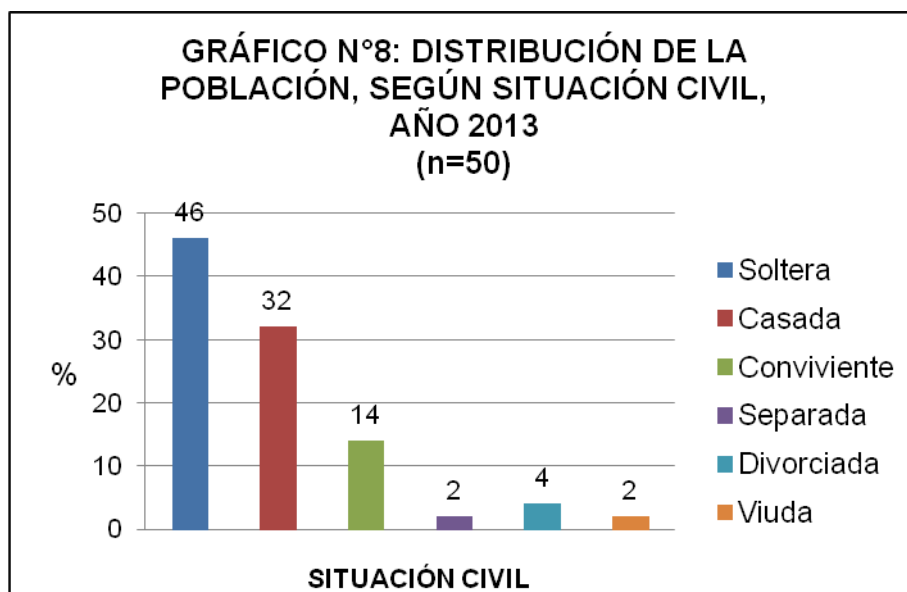
(FUENTE: UPC, HCVB)

El 58% de los test positivos corresponden a HPV 16, 23% presenta HPV 33, el 11% HPV 31, mientras que un 8% es compatible con HPV 18.

**OBJETIVO N°2:** Características sociales; estado civil, nivel educacional y previsión de salud, que presentan las mujeres con PAP alterado derivadas a la UPC del Hospital Carlos Van Buren.

**TABLA N°8: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SITUACIÓN CIVIL, AÑO 2013 (n=50)**

Estado civil	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Soltera	23	46
Casada	16	32
Conviviente	7	14
Separada	1	2
Divorciada	2	4
Viuda	1	2
Total	50	100



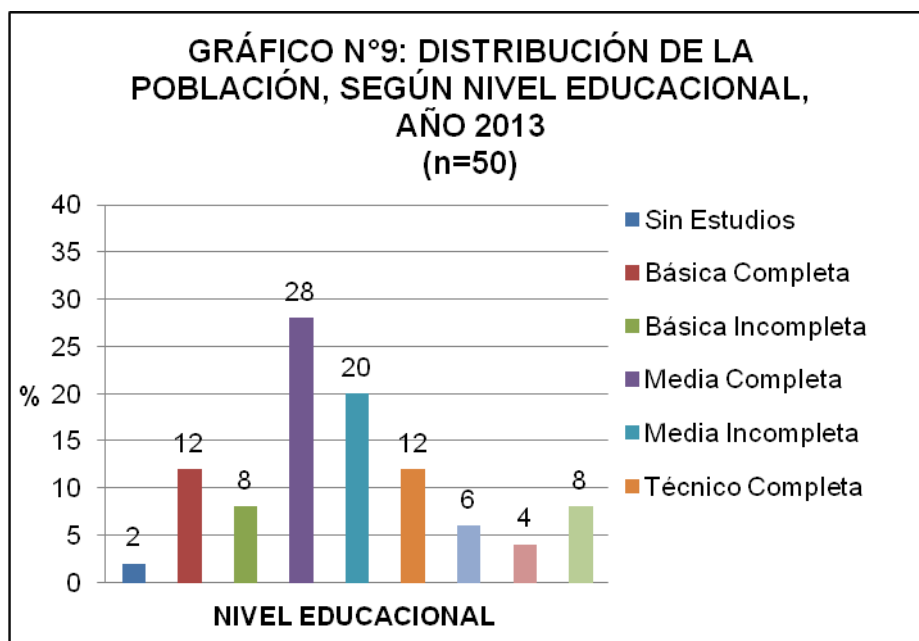
(FUENTE: UPC, HCVB)

El 46% de las mujeres con PAP alterado presenta una situación civil de soltería, el 32% corresponde a casadas, el 14% a convivientes y en igual porcentaje con un 2% separadas y viudas respectivamente, mientras que un 4% son divorciadas.

**TABLA N°9: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL, AÑO 2013**

(n=50)

Nivel educacional	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Sin estudios	1	2
Básica completa	6	12
Básica incompleta	4	8
Media completa	14	28
Media incompleta	10	20
Técnico completa	6	12
Técnico incompleta	3	6
Universitario completa	2	4
Universitario incompleta	4	8
Total	50	100



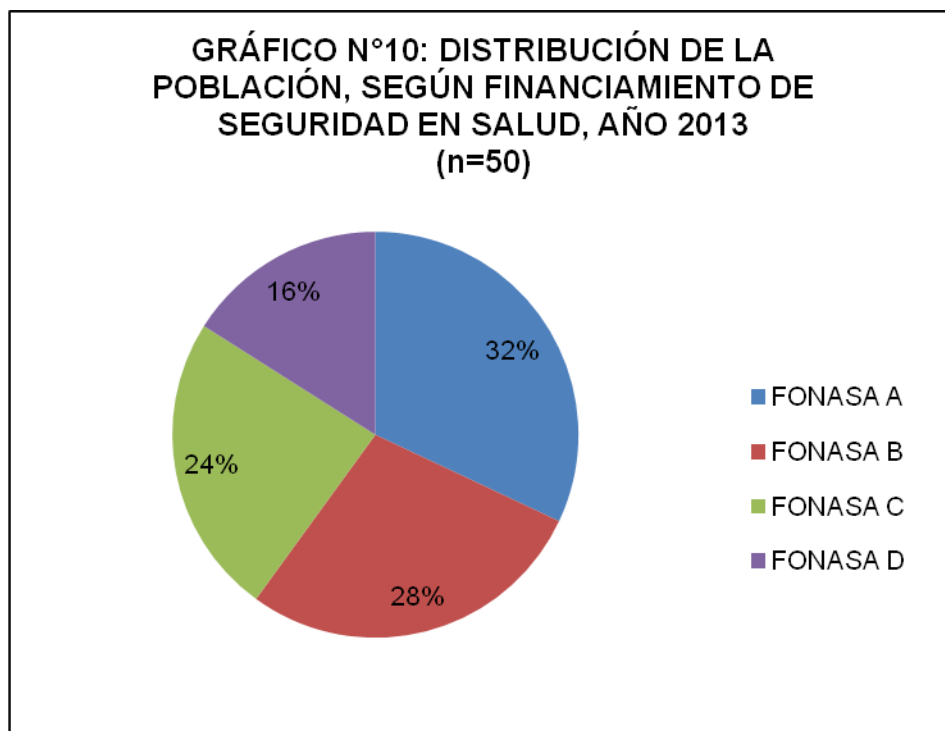
(FUENTE: UPC, HCVB)

El 28% de las mujeres han cursado la enseñanza media completa, el 20% no la ha completado, un 12% de la población ha cursado la enseñanza básica completa y además un 12% ha tenido estudios técnicos completos.

**TABLA N°10: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN FINANCIAMIENTO DE SEGURIDAD EN SALUD, AÑO 2013**

(n=50)

Previsión de salud	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
FONASA A	16	32
FONASA B	14	28
FONASA C	12	24
FONASA D	8	16
Total	50	100



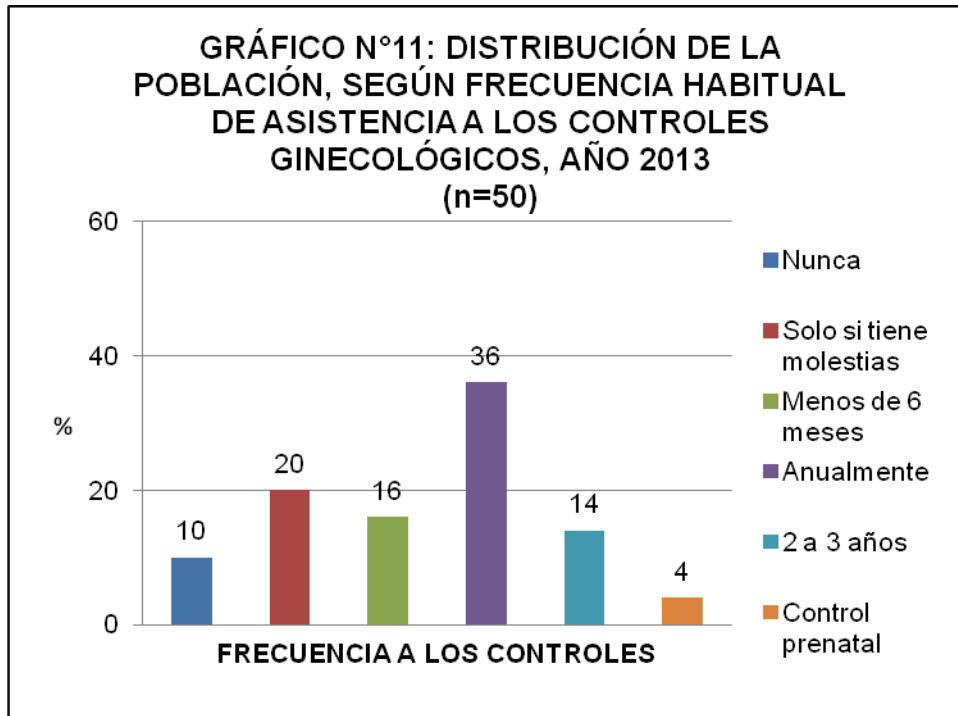
(FUENTE: UPC, HCVB)

El 32% de las mujeres pertenecen a FONASA A, el 28% corresponden a FONASA B, el 24% a FONASA C, mientras que un 16% a FONASA D.

**OBJETIVO N°3:** Variable de Medidas de Autocuidado; adherencia al servicio de APS, adherencia a examen de PAP, número de parejas sexuales, motivo del no uso del preservativo masculino, consumo de tabaco y consumo de alcohol que presentan las mujeres con PAP alterado derivadas a la UPC del Hospital Carlos Van Buren.

**TABLA N°11: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN FRECUENCIA HABITUAL DE ASISTENCIA A LOS CONTROLES GINECOLÓGICOS, AÑO 2013 (n=50)**

<b>Adherencia al servicio de APS</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
Nunca	<b>5</b>	<b>10</b>
Solo si tiene molestias	<b>10</b>	<b>20</b>
Menos de 6 meses	<b>8</b>	<b>16</b>
Anualmente	<b>18</b>	<b>36</b>
2 a 3 años	<b>7</b>	<b>14</b>
Control prenatal	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

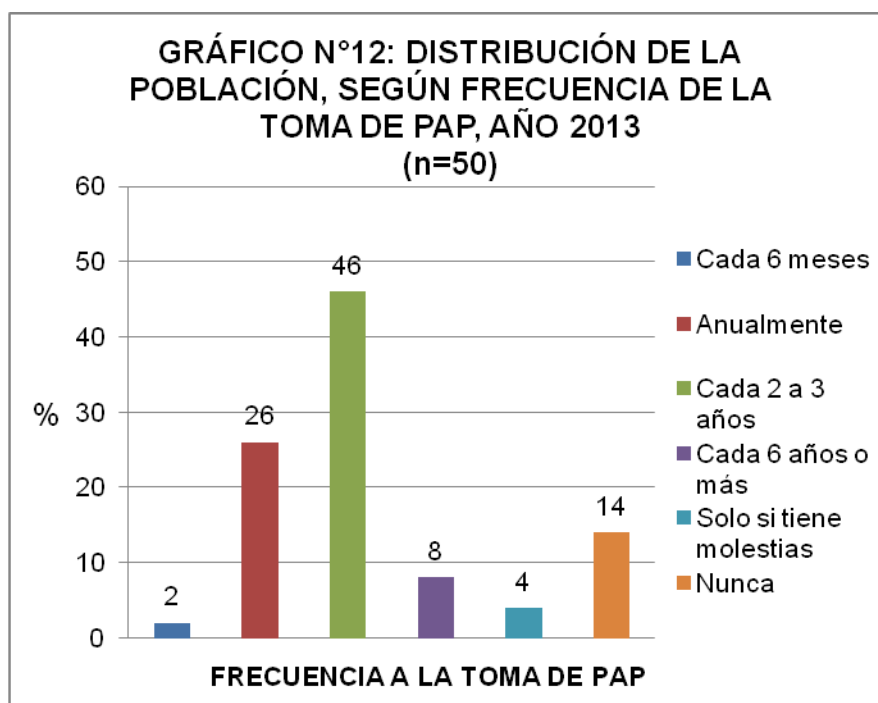


(FUENTE: UPC, HCVB)

Un 36% de las mujeres asiste a control ginecológico anualmente. El 20% lo hace solo si presenta molestias. Un 14% asiste cada 2 a 3 años y un 10% no asistió nunca antes de la pesquisa del PAP alterado.

**TABLA N°12: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN FRECUENCIA A LA TOMA DE PAP, AÑO 2013**  
(n=50)

Adherencia a examen de PAP	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Cada 6 meses	1	2
Anualmente	13	26
Cada 2 a 3 años	23	46
Cada 6 años y más	4	8
Solo si tiene molestias	2	4
Nunca	7	14
Total	50	100

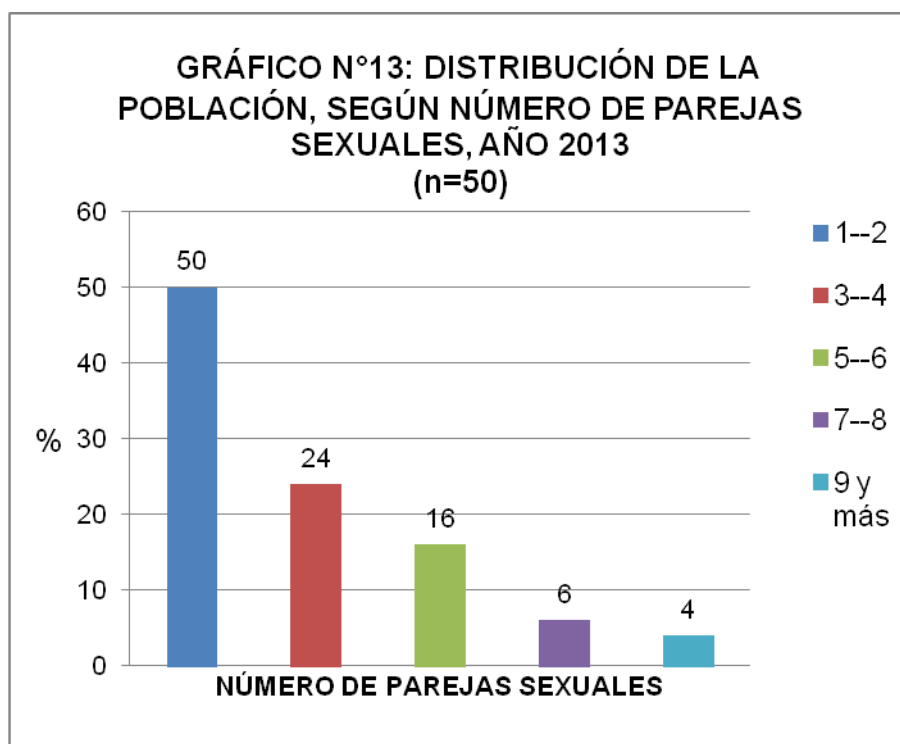


(FUENTE: UPC, HCVB)

Un 46% de las mujeres se realizan la toma de PAP cada 2 a 3 años, un 26% se lo realiza anualmente, 14% nunca se lo ha tomado, mientras el 8% se realiza el PAP cada 6 o más años.

**TABLA N°13: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES QUE HAN TENIDO LAS MUJERES, AÑO 2013**  
(n=50)

Número de parejas sexuales	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
1-2	25	50
3-4	12	24
5-6	8	16
7-8	3	6
9 y más	2	4
Total	50	100

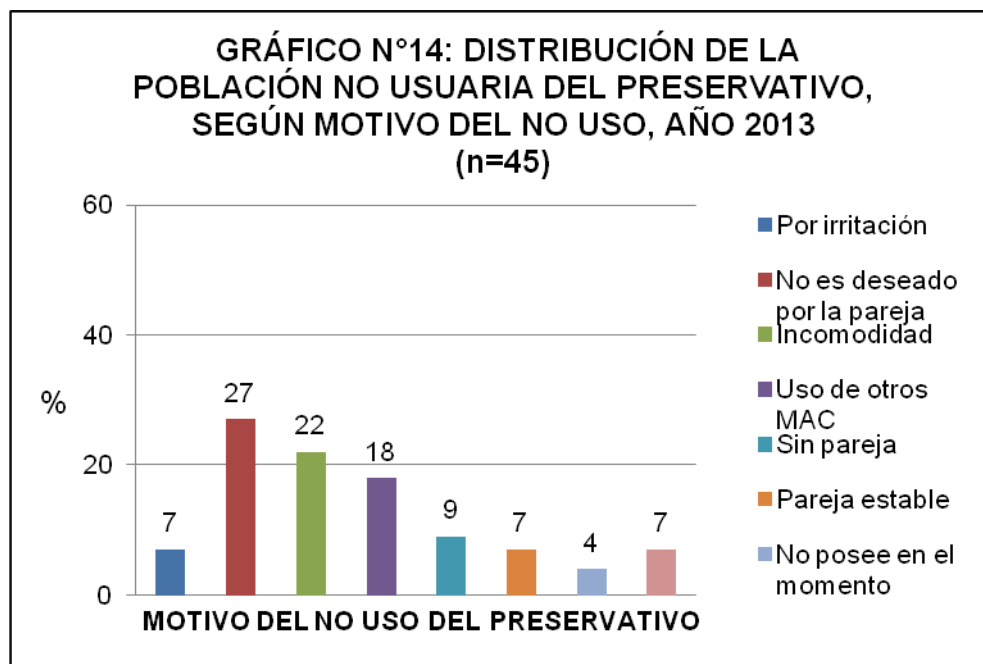


(FUENTE: UPC, HCVB)

Un 50% de las mujeres encuestadas ha tenido de 1 o 2 parejas sexuales, un 24% ha tenido entre 3 a 4 parejas sexuales. El 16% ha tenido de 5 a 6 parejas, un 6% entre 7 a 8 parejas, mientras que un 4% de 9 a más parejas.

**TABLA N°14: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN NO USUARIA DEL PRESERVATIVO, SEGÚN MOTIVO DEL NO USO, AÑO 2013**  
(n=45)

Motivo por el no uso del preservativo masculino	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Por irritación	3	7
No es deseado por la pareja	12	27
Incomodidad	10	22
Uso de otros MAC	8	18
Sin pareja	4	9
Pareja estable	3	7
No posee en el momento	2	4
Otro	3	7
Total	45	100



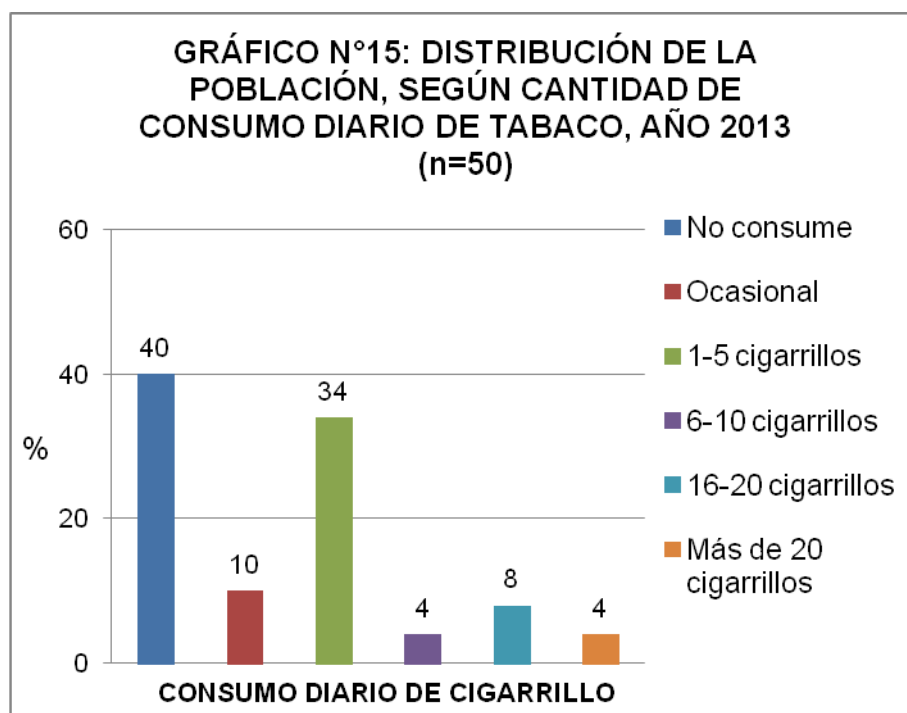
(FUENTE: UPC, HCVB)

Un 27% de las mujeres indican que el principal motivo para no utilizar el preservativo es porque no es deseado por la pareja, un 22% refiere incomodidad, el 18% indica que utiliza otros métodos anticonceptivos. El 7% de las mujeres refiere no utilizarlo por tener pareja estable, continuando en igual porcentaje por irritación, finalmente un 4% no lo utiliza por no poseer en el momento.

**TABLA N°15: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN CANTIDAD DE CONSUMO DE TABACO, AÑO 2013**

(n=50)

Consumo de Tabaco	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
No consume	20	40
Ocasional	5	10
1-5 cigarrillos	17	34
6-10 cigarrillos	2	4
16-20 cigarrillos	4	8
Más de 20 cigarrillos	2	4
Total	50	100

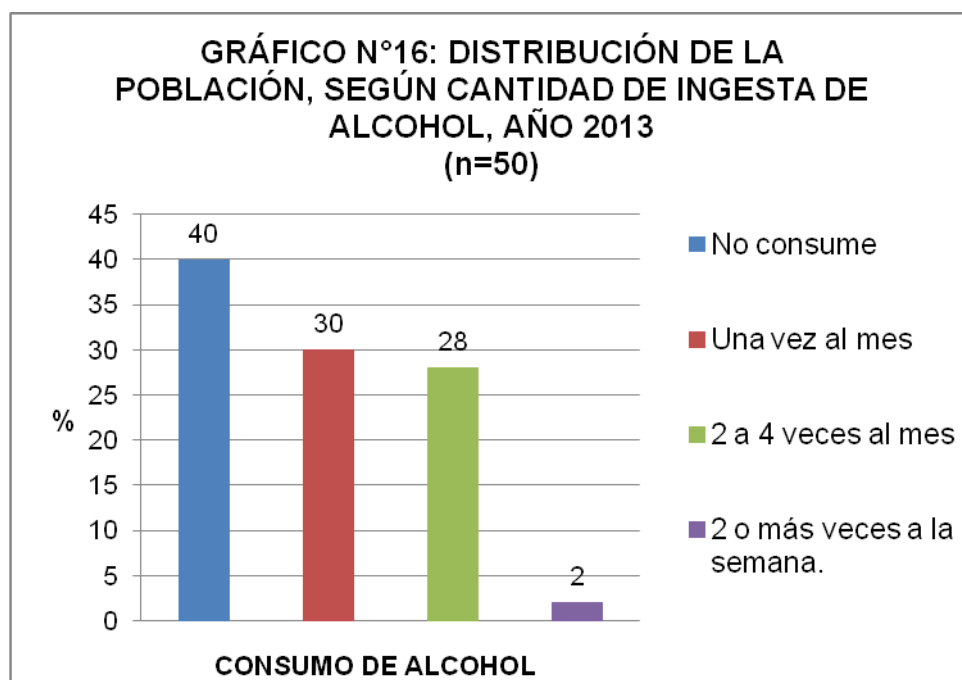


(FUENTE: UPC, HCVB)

El 40% de las mujeres no consume cigarrillo, el 10% de las mujeres encuestadas sólo fuma de forma ocasional. El 34% fuma entre 1 a 5 cigarrillos diarios, el 4% fuma de 6 a 10 cigarrillos diarios, el 8% de 16 a 20 cigarrillos, mientras que un 4% fuma más de 20 cigarrillos diarios.

**TABLA N°16: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CANTIDAD DE INGESTA DE ALCOHOL DE LAS MUJERES, AÑO 2013**  
(n=50)

Consumo de Alcohol	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
No consume	20	40
Una vez al mes	15	30
2 a 4 veces al mes	14	28
2 o más veces a la semana.	1	2
Total	50	100



(FUENTE: UPC, HCVB)

El 40% de las mujeres no consume alcohol, 30% consume alcohol 1 vez al mes, el 28% lo hace 2 a 4 veces al mes, mientras que 2% consume alcohol 2 o más veces a la semana.

# **VI. DISCUSIÓN**

Los resultados del estudio muestran que dentro de los aspectos biológicos de las mujeres con PAP alterado el 26% se encuentran en el grupo etario entre los 25-34 años y solo el 16% pertenece al grupo etario entre 15-24 años, lo que se contrapone con la literatura, ya que se ha reportado que la mayor prevalencia se observa en mujeres menores de 25 años disminuyendo a la medida que aumenta la edad de la mujer.

El 66% de las mujeres encuestadas, tuvieron su primera relación sexual penetrativa entre las edades de 15-19 años. Esto es coincidente con estudios de la realidad actual de los jóvenes chilenos que indican que la mayoría de los adolescentes de 15 a 19 años, ya han iniciado su vida sexual. Esto genera mayor riesgo, puesto que las adolescentes tienen un predominio de células metaplásicas y endocervicales sobre el ectocérvix, lo cual las hace especialmente vulnerables al HPV y a otros agentes de infección de transmisión sexual.

El 52% de las mujeres que participaron en este estudio son multíparas y el 26% han presentado al menos un parto. La elevada paridad se ha asociado como factor de riesgo de HPV, ya que mantiene la zona de transformación hacia el exocérvix por más tiempo facilitando la exposición directa al HPV siendo su puerta de entrada el epitelio erosionado, lo cual es muy frecuente tras los partos.

Se destaca que el 74% de las mujeres con PAP alterado no presentan antecedente de ITS, en contraparte, a las que sí presentan con un 18%, el resultado arrojó un 33% para las ITS sífilis y condilomas acuminados cada una por sí sola. Aunque éste porcentaje no es significativo, se ha demostrado que la presencia de infecciones previas de transmisión sexual aumenta el riesgo de contraer infección por HPV.

Cabe señalar que el 52% de las mujeres presenta test positivo para genotipos de HPV de alto riesgo oncogénico. Los principales genotipos detectados a través de la técnica NucliSens EasyQ HPV, PCR en tiempo real fueron el 16, 18, 31, 33 y 45; siendo el genotipo 16 el de mayor prevalencia, el cual según los últimos estudios, es uno de los principales genotipos causantes de lesiones

intraepiteliales y es clasificado como potencialmente oncogénico para el desarrollo del Cáncer Cervicouterino.

En cuanto a los aspectos sociales se muestra que las mujeres con PAP alterado, en un 46% son solteras, lo que coincide con el estudio realizado en el centro de Salud Familiar el Roble de Santiago 2004, en donde mujeres solteras, viudas o separadas presentaban mayor prevalencia de infección por HPV al compararlas con mujeres casadas.

Con respecto al nivel educacional de las mujeres, 28% han cursado la enseñanza media completa y sólo el 12% ha cursado el nivel básico completo, lo que se contrapone con lo descrito en la literatura, en donde se muestra que la prevalencia de infección por HPV es mayor en las mujeres con nivel educacional básico, seguida por el nivel medio.

En relación al aseguramiento en salud, la totalidad de la muestra pertenece a la cobertura previsual FONASA, de acuerdo a esto el 32% pertenece al tramo A, estas son mujeres con copago del 0%, indigentes o carentes de recursos, por otra parte y no menor, el 28% son del tramo B y 24% al tramo C. Se establece que la gran mayoría de la población de mujeres atendidas en la unidad de patología cervical son beneficiarias del plan AUGE-GES, donde las garantías deben ser cumplidas dentro de los plazos previstos. Por último se puede inferir que la mayoría de la muestra carece de recursos económicos, relacionada a la mayor tendencia en esta población a estar asociada con los quintiles más bajos y vulnerables.

En las medidas de autocuidado se observa de que las mujeres con PAP alterado, el 36% asiste a control ginecológico en forma anual y el 16% asiste de forma regular cada 6 meses. Estos porcentajes no son menor en la muestra estudiada, debido a que una buena adherencia a los diferentes centros de atención primaria y con ello a los controles ginecológicos, es fundamental para la realización del seguimiento de salud de la población afectada y así efectuar en forma eficaz las derivaciones y tratamientos pertinentes. La teoría indica que las

mujeres en control activo, al estar en contacto con profesionales del área, toman conciencia del tema, lo que aumenta la posibilidad de que haya una indicación concreta del examen. Es por esto, que la adherencia a controles de salud es considerada como una medida de autocuidado importante.

Según la frecuencia de la toma de PAP, 46% de las mujeres en estudio se realizan el examen cada 2-3 años y un 26% lo realiza anualmente. Dichos porcentajes reflejan que el profesional matrócn y matrona está transmitiendo a la población femenina la importancia de la realización del exámen de PAP como una herramienta primaria en la pesquisa del Cáncer Cervicouterino. Durante 20 años se ha establecido en el nivel de atención primaria la pesquisa precoz del Cáncer Cervicouterino a través de la citología del PAP, éste examen tiene un 51% de sensibilidad y un 98% de especificidad, pese a sus limitaciones ha disminuido la mortalidad por Cáncer Cervicouterino a nivel mundial.

Con respecto al número de parejas sexuales, el 50% de las mujeres encuestadas ha tenido 1 o 2 parejas sexuales en su vida, un 24% de 3 a 4 parejas sexuales y el 26% restante 5 o más parejas sexuales. Esta última cifra no es menor, ya que se ha logrado determinar que la conducta sexual del individuo es el factor de riesgo más importante, es así, como a mayor número de contactos sexuales es mayor el riesgo de infección, siendo el número de parejas sexuales, el reflejo de la probabilidad de exposición al HPV y a otros agentes infecciosos.

En cuanto al motivo de las mujeres para no utilizar el preservativo masculino, el 27% de las encuestadas refieren no usarlo debido a que no es deseado por la pareja y el 22% por incomodidad. Esta tendencia es igualitaria en estudios realizados en otros países como Cuba en el año 2006. Si bien, el preservativo masculino protege parcialmente el contagio por HPV, dado que el virus puede estar en superficies de áreas no cubiertas, sí beneficia en la eliminación más rápida del HPV, aumenta la regresión en las lesiones cervicouterinas, reduce el riesgo de verrugas genitales, protege contra la infección del virus de inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual.

Es por lo anterior, que se debe educar y reforzar en la población la información sobre las vías de transmisión de las infecciones sexuales, debido a que pueden estar concomitando más de una, siendo un riesgo inminente en la población femenina y masculina sexualmente activa.

Respecto al consumo de tabaco, el 10% fuma de manera ocasional y un 50% fluctúa en un consumo desde 1 cigarrillo a más de 20 diarios, es la mitad de la población en estudio que está expuesta a este factor de riesgo. La teoría indica que la nicotina del cigarrillo tiene un efecto nocivo en las secreciones vaginales, sobre todo en el epitelio del canal endocervical que es el reservorio del HPV, además los carcinógenos procedentes del consumo del tabaco, nicotina y cotina, pueden iniciar o actuar como cocarcinógenos, inducir inmunosupresión y reducir los antioxidantes. Por lo visto, se necesita educación sobre el riesgo del consumo de tabaco, en cuanto al inicio precoz y la cuantía en enfermedades cancerígenas.

En relación al consumo de alcohol, el 40% de la población encuestada no consume, del 60% restante, el 30% consume 1 vez al mes, y el 28% consume alcohol de 2 a 4 veces al mes. Estudios comprueban que el hábito de tomar bebidas alcohólicas, tienen un efecto que favorece la infección de HPV y que el abuso del consumo de alcohol produce determinadas sustancias que actúan como oxidantes, cuya acción constituye un mecanismo importante en la inducción de transformaciones malignas celulares.

Es importante mencionar en que la muestra al ser seleccionada por muestreo por cuotas (no probabilístico) no garantiza que la muestra sea representativa, por ende no puede ser extrapolado, especialmente cuando se estudian variables sociales y culturales.

Respecto a la información recabada en el marco teórico y los resultados obtenidos de la investigación sabemos que en la actualidad existen múltiples medidas a corto, mediano y largo plazo que al ser implementadas podrían beneficiar la prevención del HPV, por ende las verrugas genitales y el Cáncer Cervicouterino. Algunas medidas son: La educación, esta herramienta resulta

fundamental para pensar en prevención primaria, ya que si tenemos una población con una educación sexual adecuada, con conocimientos básicos respecto de su fisionomía “normal” y de las distintas infecciones de transmisión sexual con sus síntomas, es más fácil que ellos mismos se hagan partícipes de su propia salud consultando a especialistas cuando pesquisen alguna “anormalidad” en sus cuerpos, o mejor aún, cuando quieran cuidarse previniendo las enfermedades, que en este caso serían las infecciones de transmisión sexual. Otro punto importante y en donde la educación toma relevancia es en el uso eficiente del condón, ya que disminuye el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, que pudiesen potenciar el HPV como por ejemplo el VIH o los condilomas acuminados. Estudios prospectivos han demostrado el efecto protector de los condones contra la adquisición del HPV genital, no obstante sabemos que la infección del HPV puede ocurrir en áreas que no estén cubiertas o protegidas por el condón (ejemplo: escroto, vulva o área perianal). Con respecto a este punto podemos ahondar más aún en la educación del fomento de los estilos de vida saludable de la población que aumentando su tolerancia, responsabilidad y respeto por el compromiso en cuanto a tener pareja única mutua, disminución del consumo de tabaco y alcohol entre otras, podrían disminuir sustancialmente el riesgo de exponerse y exponer a los demás al contagio de las distintas infecciones de transmisión sexual.

Otra medida que sería recomendable y beneficiosa de implementar como política de gobierno corresponde al cribado de ADN para HPV como el PCR o la Captura Híbrida que nos indican presencia del virus del HPV con un 100% de seguridad en caso que la muestra haya sido bien tomada, mostrando la cuantía de las cepas y por ende la patogenicidad que producirán en las lesiones y los tipos de cepas que están infectando. Ambas son complementarias y necesarias debido a que generalmente cuando hay presencia de HPV el informe del Papanicolaou nos permite detectar displasias leves, moderadas o severas del cuello uterino. Desde el punto de vista preventivo no es lo ideal, ya que para que se desarrolle una displasia generalmente pasan años. Si bien, es posible realizar diagnóstico de HPV con el PAP, éste puede arrojar falsos negativos que significa que el virus del

HPV puede estar presente y el resultado del examen ser negativo. A pesar de todo lo dicho anteriormente, los profesionales de salud deben influenciar a la población femenina a la toma del PAP debido a que ésta es la política pública actual vigente en Chile.

Una medida potencial cada vez más cercana recae en los proyectos gubernamentales a nivel nacional que están siendo impulsados y que aseguran la vacunación de la población femenina sin actividad sexual entre los 11 y 14 años. Pese a que las vacunas tetravalente y bivalente existentes no otorgan protección contra todas las cepas existentes en el país, resulta ser de igual ayuda debido a que son beneficiosas para la protección de cepas de alto riesgo y algunas de bajo riesgo que producen los condilomas acuminados en la población. Las esperanzas están puestas en la ciencia y la rapidez con que los investigadores descubran nuevas vacunas que actúen frente a todas las cepas que generan algún riesgo de infección para la población sexualmente activa de Chile y el Mundo.

Con respecto a esto, la prevención que se debe otorgar como profesión es la de entregar y difundir conocimientos pertinentes y herramientas necesarias que promuevan el bienestar físico, emocional y psicosocial de la mujer como una ente sexuado, con las capacidades de poder decidir de manera responsable aquellos aspectos de su vida que influirán no solo a ella, si no que en todo su entorno.

Es importante establecer una relación empática, respetuosa y honesta con los usuarios que acuden en busca de una solución, contribuyendo de esta manera a aumentar la adherencia de las mujeres al consultorio y a la vez a la toma del PAP. Observando la necesidad que denota la población frente al rol de la profesión matrn - matrona, se reconoce lo transcendental que es la pro - actividad de los matrones frente a la búsqueda de aquella población inasistente a las consultas por medio de visitas domiciliarias, ferias saludables, charlas en establecimientos educacionales y centros sociales, salidas a terreno con énfasis en los sectores más alejados y vulnerables de la población.

Finalmente, a futuro la recomendación es ampliar los estudios en el ámbito científico, e incentivar a las instituciones públicas y privadas para impulsar la creación de concursos e investigaciones que permitan contribuir notablemente a la vida de la mujer y la sociedad que la rodea con respecto al Virus Papiloma Humano.

# **VII. AGRADECIMIENTOS**

Al finalizar la realización de nuestra tesis, nos embarga un sentimiento de inmensa felicidad y satisfacción, no obstante es inevitable el sentir un muy humano egocentrismo que nos lleva a concentrar la mayor parte del mérito en nuestro aporte propio. Sin embargo, el análisis objetivo nos muestra de inmediato que el resultado final no hubiese sido posible sin la participación de instituciones y especialmente de personas que han facilitado las cosas para que esta tesis llegase a buen puerto. Por todo esto es para nosotros un real placer hacer uso de este espacio para ser consecuentes y justos con todas ellas, expresándoles nuestros agradecimientos:

Primeramente y de manera muy especial, queremos agradecer a la Profesora Claudia Gutiérrez Mella por aceptar ser nuestra profesora guía de tesis. Su apoyo y confianza en nuestro trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas ha sido un aporte invaluable. Aquellas que estuvieron enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación.

También deseamos agradecer a la Profesora Ingrid Vargas Stevenson por su apoyo incondicional, disposición y por el tiempo dedicado a nosotros que sabemos le es escaso. Muchas gracias por encausar nuestras dudas y ayudarnos a mejorar.

Nuestros más sinceros agradecimientos a la Bioquímica Cindy Peña, por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis. Cabe destacar, por encima de todo, su disponibilidad y amabilidad para con nosotros las muchas veces en que necesitamos de su apoyo.

No podríamos dejar de agradecer a la Tesista Claudia Castro Barraza por su inmensa simpatía, apoyo, disposición y colaboración mutua que fueron fundamentales y un aporte inmenso para nuestra investigación.

Agradecer también al Departamento de Virología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso por abrir sus puertas y ser un gran apoyo en esta tesis.

A la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren por permitirnos realizar la indagación en sus dependencias y facilitar así el logro de los objetivos de esta tesis.

Finalmente agradecer a todas las mujeres que fueron partícipes de esta investigación, por su colaboración y buena disposición, ya que sin ellas nada de esto habría sido posible.

# **VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Castillo M, Castillo C, Aravena M. Sistematización de la Información sobre Cáncer Cérvico Uterino en Chile: Revisión y Análisis de Estudios de Costo-efectividad de la Vacuna contra VPH. Santiago: MINSAL; 2011.
2. Ministerio de Salud. (2010). Guía Clínica Cáncer cervicouterino. Santiago: MINSAL.
3. Castillo Riquelme M, Castillo Laborde C, Aravena Pasten M. Sistematización de la Información sobre cáncer cérvico Uterino en Chile: Revisión y Análisis de Estudios de Costo-efectividad de la Vacuna contra HPV. Santiago: MINSAL; 2011.
4. Bonal R, Cascaret X. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su analisis e interpretación. Santiago de cuba 2009; 13 (4).
5. Lanza S, Sepúlveda C, Olate M, Espejo C. Aplicación de metodología de marco lógico para el análisis del programa nacional de pesquisa y control del cáncer cervicouterino en Chile. RevChilObstetGinecol 2010; 75(5): 294 – 299.
6. Quintero Vega M, Cruz Gómez J, Bastidas M, Márquez L, Puig Pons J. Detección y tipificación de virus del papiloma humano (VPH) mediante PCR-RFLP. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008 Mar; 68(1): 25-31.
7. Silva R, León D, Brebi P, Ili C, Roa Juan C, Sánchez R. Diagnóstico de la infección por virus papiloma humano en el hombre. Rev. chil. infectol. 2013 Abr; 30(2): 186-192.
8. Reina J, Muñoz N, Sánchez G. El Estado del arte en las Infecciones producidas por El virus del papiloma Humano. Colomb. Med. 2008 Jun; 39 (2): 189-195.
9. O'Ryan G, Valenzuela M. Virus papiloma humano y cáncer cérvico-uterino. Rev. méd. Chile. 2008 Nov; 136(11): 1367-1370.

10. Squiquera L. Virus de papiloma humano: Revisión e indicaciones terapéuticas. *Rev. argent. dermatol.* 2006, Mar; 87(1): 28-41.
11. De la Fuente Díez E, Mira Ferrer L. Las 47 preguntas sobre el virus del papiloma humano, VPH. *Med. segur. trab.* 2008 Sep; 54(212): 111-119.
12. Aguilar Fabré K, Ríos Hernández M, Hernández Menéndez M, Aguilar Vela de Oro F, Silveira Pablos M, Nápoles Morales M. Papiloma viral humano y cáncer de cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2008 Abr; 34(1).
13. Burchell A, Winerb R, de Sanjose´c S. Franco E. Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine* 2006; 24(3): 52–61.
14. Santander E, Fich F, Salvo A, Pacheco G, Mendoza M, Garcés C, Amigo M, Villalobos S, García M, Maldonado A, Planet P. Normas de manejo y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): Primera parte. *Rev. chil. infectol.* 2009 Abr; 26(2): 174-190.
15. Clares Pochet M, Ferrer Cosme B, Domínguez Cardosa M, Medina Ferrer R, Robert Tamayo V. Caracterización de las respuestas inmunocelular y humoral en pacientes con virus del papiloma humano. *MEDISAN.* 2012 Sep; 16(9): 1358-1365.
16. Valdivia I, Aguayo F, Pruyas M, Snijders J, Corvalán A, Ferreccio C. Genotipos de virus papiloma humano (VPH) en pacientes con cáncer cervico-uterino en un hospital público y una clínica privada de Santiago, Chile. *Rev. chil. infectol.* 2010 Feb; 27(1): 11-15.
17. Concha M, Diagnosis and treatment of human papilloma virus. *Revista chilena de infectologia* 2007 Suppl 24:1.
18. Valenzuela MT, La Hoz F de, Koumans E, Cavada G, Koss C, Posso H, et al Human Papillomavirus (HPV) and related burden of disease in Latin America and Caribbean 2009; 128; Suppl 1:30-3.

19. Sanabria JG, Human Papillomavirus (HPV). Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río 2009 Suppl 13; 4-6.
20. Ojeda JM. Virus papiloma humano: de la biología a la clínica. Medwave 2010.
21. Sarduy M, Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones: Rev Cubana ObstetGinecol 2009; 35(1).
22. Zapata JA, Hernández M, López A, Ayala JL, Burciaga J. Detección molecular del virus del papiloma humano (HPV) en muestras de epitelio y biopsias de cérvix Revista Investigación Científica 2008; Vol 4, No. 2.
23. Rivera Z, Aguilera J, Larraín A. Epidemiología del Virus Papiloma Humano (HPV). Rev. chil. obstet. ginecol 2002; 67(6):501-506.
24. Gómez I, Gómez E, Conde S, Maganto E, Navío S, Allona A. Infección por Papillomavirus en el hombre: Estado actual. Actas UrolEsp 2005 Abr; 29(4): 365-372.
25. Zaldívar Larrea G de, Martín Molina F, Sosa Ferreyra CF, Ávila Morales J, Lloret Rivas M, Román Lara M, et al. Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. Rev Chile ObstetGinecol 2012; 77(4): 315-21.
26. O’Ryan M, Valenzuela MT. Virus papiloma humano y cáncer cérvico-uterino. RevMéd Chile 2008; 136(11):1367-70.
27. Premoli G, González AJ, Villarreal J, Percoco T, Pietrocino P, Aguilera L. Virus del papiloma humano; visión actual en biomedicina. Revista de la Asociación Dental Mexicana 2005 Nov 26; 62(6):213-24.
28. Grillo Ardila CF, Martínez Velásquez MY, Morales López B. Virus del Papiloma Humano: Aspectos Moleculares y Cáncer de Cérvix. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2008; 59(4): 310-15.

29. La Fuente D de, Guzmán López S, Barboza Quintana O, González Ramírez RA. Biología del Virus del Papiloma Humano y técnicas de diagnóstico. Medicina Universitaria 2010; 12(49):231-238.
30. De Guglielmo Z, Rodríguez A, Avila M, Veitía D, Fernández A, Correnti M. Virus de papiloma humano y factores de riesgo en el desarrollo del cáncer cérvico uterino. Rev Venez Oncol 2010; 22(1):32-38.
31. León G, de Jesús Bosques O. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología. 2005; v.31 n.1 1561-3062.
32. Burdiles Fraile P, Santander Rigollet S. Situación actual del embarazo adolescente en Chile. Programa Nacional de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes. Ministerio de Salud. Chile; 2012.
33. Montero A. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. Rev Med Chile 2011; 139: 1249-1252.
34. Agüero A, Castillo K, González Blanco M. Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres menores de 25 años y mayores de 45 años. Rev Obstet Ginecol Venez 2012; 72(2):89-102.
35. Cardona J, Puerta J, Flórez J. Prevalencia del virus papiloma humano y sus factores de riesgo en hombres: revisión sistemática; Infectio. 2011; 15(4): 268-276.
36. Rodríguez Salva T, Echavarría Aguilera AA, Muria Alonso P, Vásquez González P. Factores del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev Cubana Obstet y Ginecol 2004; 40(1):40-6.
37. Seckin VM. Infección por HPV. Su incidencia en nuestro medio. J Obstet Gynecol 2005; 34(3):44-51.
38. López Suárez JC, Pila Díaz RI, Fernández Riverón VR, Pico Ortega LR. Comportamiento de algunos factores de riesgo que influyen en la aparición del

cáncer cérvico uterino área norte de Morón. RevMed Ciego de Ávila 2004;13(107):5-9.

39. Barbón A. Análisis de algunos factores de riesgo de lesiones premalignas de cuello uterino en un área de la salud. Revista Habanera de ciencias médicas. 2009; v.8 n.4.

40. Fuente Díez E de la, Mira Ferrer LM. Las 47 preguntas sobre el virus del papiloma humano, VPH. 2008. 54(212): 111-119.

41. Hernández L, Padilla S, Quintero M. Factores de riesgo en adolescentes para contraer el virus del papiloma humano. Revista Digital universitaria 2012; 13(9):1067-6079.

42. Rincón Olga L, Pareja Luis René, Jaramillo Sergio, Aristizábal Beatriz. Virus del papiloma humano, respuesta inmune y cáncer cervical: una relación compleja. Rev ColombObstetGinecol 2007; 58(3): 202-212.

43. Ferreccio C, Prado R, Luzoro A, Ampuera S, Snijders P, Meijers C. Prevalencia poblacional y distribución por edad del Virus Papiloma Humano entre mujeres en Santiago, Chile. Boletín de la Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile. 2005; 30(1): 34-39.

44. Barrientos Barría A. Identificación de virus papiloma humano asociado a citología ASCUS de cérvix uterino en mujeres del Hospital Clínico regional de Valdivia. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2006.

45. Women's Health Specialists, The feminist women's Health Center of California. Concerns and Information About HPV Vaccines. Extraído 20 de Marzo de 2013 en <http://www.womenshealthspecialists.org/health-information/HPV-Vaccines>.

46. Grainge MJ, Rashmi S, Guo, Neal KR, Carol C, Vryenhoef P, Johnson J, Jenkins D. Cervical Human Papillomavirus Screening among Older Women.

EmergingInfectiousDiseases 2005. Extraído 20 de marzo del 2013 en [.http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/11/11/pdfs/05-0575.pdf](http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/11/11/pdfs/05-0575.pdf).

47. Duran, E. La estrategia de escuela saludable. Típica. Boletín electrónico de salud escolar. [Publicación periódica en línea] Sep. 2005 (1) 1.

48. Uceira Rey S. Competencias profesionales de la matrona. España. Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/9097/1/CC119-art2.pdf>.

49. Olesker D. Estudio comparado de los sistemas de salud de mercosur y Chile. Fac. De Ccee Univ. De La Rep. Ca. Disponible en: <http://white.oit.org.pe/proyectoactrav/pdf/anexo2.pdf>.

50. Beneficiarios Fonasa. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-propertyvalue-778.html>. Consultado Marzo 19, 2013.

51. Olavarría Gambi M. Acceso a la salud en Chile. Acta bioethica 2005; 11(1).

52. Organización Mundial de la Salud. Control integral del Cáncer Cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra, Suiza: OMS; 2007.

53. Cervical CancerAction. Progreso en la Prevención del Cáncer Cervicouterino: Informe de Cervical Cáncer Action.2011.

54. Silva Germán E, Galeano Esmeralda, Correa Jaime O. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. Acta MedColomb 2005; 30(4): 268-73.

55. Urrutia MT. Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvicouterino en un grupo de mujeres chilenas. Rev. ChilObstetGinecol 2012; 77(1):3-10.

56. Squiquera L. Virus de papiloma humano. Revisión e indicaciones terapéuticas. Rev. Argent. Dermatol. 2006; 81(1).

57. Quintero M, Cruz J, Bastidas M, Lic. Márquez L, Dr. Puig Pons J. Detección y tipificación de virus del papiloma humano (VPH) mediante PCR- RFLP: Rev Obstet Ginecol Venez 2008; 68(1):25-31.
58. Urrutia MT, Araya A, Poupin L. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del programa cáncer cervicouterino- AUGE del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente: Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(5): 284-89.
59. Castillo M, Castillo C, Aravena M. Sistematización de la Información sobre Cáncer Cérvico Uterino en Chile: Revisión y Análisis de Estudios de Costo-efectividad de la Vacuna contra VPH 2011. 2011 Febrero 89; 29).
60. Oviedo G, Arpaia A, Ratia E, Seco N, Rodríguez I, Ramírez Z. Factores de riesgo en mujeres con infección del virus del papiloma humano. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69(5): 343-346.
61. Araujo E, Barroso S, Cendón A, Muñoz M, Ortunio M, Cardozo R, et al. Infección por virus de papiloma humano en mujeres: hallazgos paraclínicos. Rev Obstet Ginecol Venez 2010; 70(2):82-89.
62. Disponible en: <http://definicion.de/promiscuidad/>. Consultado en Septiembre, 2013.
63. García Roche R, Cortés Alfaro A, Vila Aguilera L, Hernández Sánchez M, Valera Mesquia A. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22(1).
64. Correa Cevallos A. Criterios de Elegibilidad Médica de la OMS para el uso de Anticoncepción en Mujeres con Infección por VPH. Revista Científica Colposcopia 2009;1(2):5-7.
65. León Cruz G, Bosques Diego O. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol 2005; 31(1).

66. Cuevas A, Celis C, Hernández I, Herrán S, Paradas A, Paredes O, et al. Resultados de una encuesta epidemiológica de hábitos de higiene íntima en mujeres latinoamericanas. *RevObstetGinecolVenez* 2011;71(1):21-27.
67. Edad de inicio en el consumo de alcohol y tabaco: cohortes 1934-1994. *Boletín Observatorio Chileno de Drogas*, n°7, Febrero 2012.
68. León Cruz G, Bosques Diego O, Silveira Pablos M. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. *Rev Cubana ObstetGinecol* 2004; 30(3).
69. Ferreccio C, Van De Wyngard V. Pre- Informe: vacuna contra el virus del papiloma humano (VHP). Chile; 2012.
70. Riquelme G, Relación matrona- usuaria en atención primaria de salud, *Revista Horizonte de Enfermería* 2011; 22(1): 55-63.
71. Castro Santoro R, González Opazo M, López Stewart C. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. 1 ed. Chile: 2008.
72. González Hernando C, Sánchez Crespo JR, Puentes Gutiérrez R. Preservativos y prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Revista Enfermería Docente* 2012; 97: 4-8.
73. Riquelme G, Concha X, Urrutia MT. Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. *RevChilObstetGinecol* 2012; 77(2): 111-15.

# **IX. DATOS SUPLEMENTARIOS**

## **ANEXO N°1: GLOSARIO DE TERMINOS, SIGLAS Y ABREVIACIONES**

- **ADN:** Ácido Desoxirribonucleico.
- **AOC:** Anticonceptivo Oral Combinados.
- **APS:** Atención Primaria de Salud.
- **AUGE:** Acceso Universal de Garantías Explícitas
- **CaCu:** Cáncer Cervicouterino.
- **GES:** Garantías Explícitas en Salud
- **HR- HPV:** High- Risk Human Papillomavirus (Virus papiloma de alto grado).
- **HPV:** Virus Papiloma Humano.
- **ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PAP:** Examen de Papanicolaou.
- **PCR:** Reacción en Cadena de Polimerasa.
- **RAE:** Real Academia de la lengua Española.
- **UPC:** Unidad de Patología Cervical.
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.

## **ANEXO N°2: MARCO TEÓRICO**

El virus del papiloma humano (HPV) pertenece a la familia de los papovaviridae, incluida en el género papilomavirus. Son parásitos especie-específicos, ampliamente distribuidos en la naturaleza e infectan tanto a aves como mamíferos. Usualmente, el resultado de la infección es la formación de un crecimiento benigno, verruga, o papiloma, ubicado en cualquier lugar del cuerpo. Existe un gran interés en los HPV como causa de malignidad, particularmente en el cáncer cervical. Al menos 58 diferentes HPV han sido identificados usando técnicas moleculares, estableciendo su relación con tipos particulares de tumores. La replicación de los virus papiloma depende del grado de diferenciación de los queratinocitos; las partículas virales maduras sólo se detectan en los núcleos de los estratos granuloso y córneo (17).

El HPV codifica sólo 9 a 10 tipos de proteínas, carece de proteasas, ácido desoxirribonucleico (ADN) polimerasa, o de enzimas involucradas en el metabolismo de los nucleótidos. Todo esto ha impedido el desarrollo de terapias específicas contra el HPV (17).

El Virus del Papiloma Humano consiste en partículas y moléculas de ADN circular de aproximadamente 8.000 pares de bases, rodeada por una cubierta de proteína formada por dos moléculas, L1 y L2. Estas proteínas son codificadas por sus respectivos finales ("L") genes. Los primeros genes, "E", son responsables del control de la replicación del ADN viral durante el ciclo viral a medida que avanza en sincronía con la maduración epitelial (18).

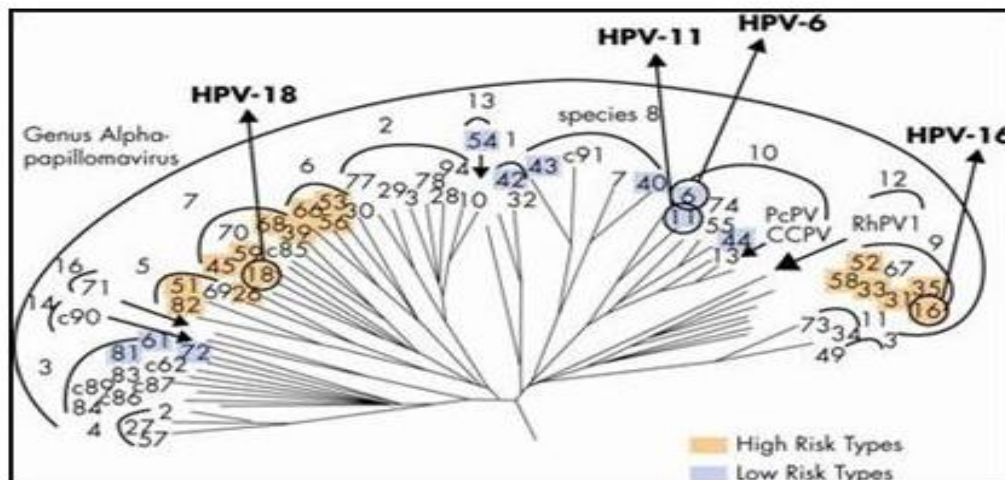
El genoma del HPV, lo conforman dos tipos de genes, aquellos que son codificados en las etapas tempranas de la infección, conocidos como genes E (del inglés Early = temprano), y aquellos que son codificados durante las etapas tardías del ciclo de replicación del mismo, conocidos como L (del inglés Late = tardío). Se conocen seis genes tempranos: E1, E2, E4, E5, E6 y E7 (aunque se considera que E4 es en realidad un gen 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 (19).

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 (19).

## TIPOS DE HPV

Se clasifican en cutáneos y mucosos. Los tipos de HPV mucosos asociados con lesiones benignas (tipos 6 y 11 principalmente) son conocidos como tipos de "bajo riesgo" y se encuentran preferentemente en los condilomas acuminados, mientras que aquellos tipos asociados a lesiones malignas (tipos 16, 18, 30, 31, 33, 35, 45, 51 y 52, principalmente) son conocidos como virus de "alto riesgo". Entre ellos, los HPV 16 y 18 son los oncogénicos más comunes, que causan aproximadamente el 70% de los cánceres cervicales en todo el mundo. Otras clasificaciones menos estrictas incluyen a los tipos 56, 58 y 59, 68, 73 y 82, y los tipos 26, 53 y 66 como probablemente carcinogénicos (19).



**Figura 2:** Dendrograma de genotipos y filogenia de HPV (20).

## **GENOTIPIFICACIÓN DEL HPV**

- **TÉCNICA DE HIBRIDACIÓN IN SITU**

Esta técnica permite demostrar la presencia de ADN del HPV en los núcleos de las células infectadas representadas en un corte incluido en parafina como es habitual en los estudios histológicos. Es la prueba de elección, pues permite correlacionar la distribución del virus con el tipo de célula, lo que permite controlar si el virus está presente en las células tumorales o en el tejido adyacente normal (21).

- **TIPIFICACIÓN Y DETECCIÓN DEL ADN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE HPV A TRAVÉS DE LA PCR EN TIEMPO REAL.**

Esta técnica permite amplificar enzimáticamente cantidades mínimas de ADN viral, lo que la hace una técnica dotada de alta sensibilidad pero requiere de una tecnología muy complicada y costosa. También permite ser utilizada en material hístico incluido en parafina, lo que facilita al igual que en el caso de la hibridación in situ, poderla utilizar en estudios retrospectivos (21).

Una variante metodológica es la Reacción en cadena de la Polimerasa (PCR) en tiempo real, empleada recientemente para detectar ADN de HPV, mediante oligonucleótidos específicos que se combinan con marcadores fluorescentes. Puesto que los diferentes tipos de HPV tienen alta heterogeneidad, la PCR en tiempo real requiere de una mezcla de sondas y características de hibridación diferentes, lo que dificulta su estandarización (22).

## **TRANSMISIÓN DEL HPV**

El virus infecta piel y algunas mucosas, presentando selectividad según tipo de HPV. Ingresa al epitelio a través de varios mecanismos: microtrauma, durante la relación sexual, contacto directo con la piel u objetos infectados, también en el embarazo y período perinatal es posible el paso ascendente y vertical (23).

La transmisión del HPV se produce habitualmente durante las relaciones sexuales. Pueden existir, sin embargo, algunas situaciones y circunstancias en las que la infección se pueda transmitir por vía extrasexual. Es conocida la transmisión vertical, durante el parto. Se ha demostrado que en niños y adultos, se pueden transmitir a través de los dedos contaminados, por autoinoculación, produciéndose verrugas en el área anogenital sin que hayan tenido que existir abusos sexuales. Recientemente en el estudio de Ruiz Gaby et al., 2009, se ha puesto de manifiesto la detección de HPV en la cavidad bucal y saliva de hombres y mujeres por lo que no se puede excluir el contacto sexual no genital, lo que implica nuevas interrogantes epidemiológicas, diagnósticas y terapéuticas. Se ha descrito la existencia de HPV en espéculos vaginales en pinzas, guantes y en las puntas de las sondas de crioterapia, incluso después de la esterilización con antisépticos y limpieza con alcohol. Por último se ha señalado en estudios como los de la Dra. Correnti M et al., 2001, la posibilidad de la transmisión a través de ropas y se ha detectado ADN de papilomavirus en el humo generado después de la vaporización de lesiones condilomatosas con láser. De las situaciones anteriores se deduce la posibilidad del contagio del HPV por vía extrasexual en determinadas ocasiones, aunque la falta de contacto mucosa-mucosa, la escasa cantidad de partículas o la exposición del virus al medio ambiente hacen difíciles estas modalidades de contagio (24).

## **EPIDEMIOLOGÍA DEL HPV**

Actualmente la infección causada por el HPV, es considerada la enfermedad más habitual producida por transmisión sexual, de ahí la importancia epidemiológica que ésta tiene (1).

Dado que esta infección es muy frecuente en las personas con vida sexual activa, se estima que hasta un 60%, de hombres y mujeres, se han expuesto al menos una vez en la vida al virus, siendo la adolescencia el período de más exposición (1).

En general, la mayoría de las mujeres que han sido infectadas por este virus, desarrollan naturalmente una inmunidad reducida y es esperable que se hagan negativas en un plazo móvil de hasta 24 meses. Se estima que en un 10% de los casos, permanece la infección después de dos años, convirtiéndose en una infección persistente (1).

- **PREVALENCIA DEL HPV EN MUJERES CHILENAS**

La literatura basada en estudios poblaciones en este tema es escasa. Sin embargo, en Chile la Encuesta Nacional de Salud 2003 (ENS 2003), consideró muestras cérvico - vaginales, las que fueron auto-tomadas en mujeres sobre 17 años. En total las muestras que fueron adecuadas para análisis, correspondieron al 64,7% de la población objetivo. Los estudios virales que determinaron la presencia de ADN del HPV, fueron realizados en el Laboratorio de Patología de la Pontificia Universidad Católica. La prevalencia poblacional del HPV fue del 15,6% y se especificó que no existieron diferencias significativas urbano - rurales, donde en zonas urbanas la prevalencia fue de 16,0% (IC 95% 12,3 – 19,7) y en zonas rurales de 13,0% (IC 95% 7,1 – 19,0) (1).

La prevalencia expandida a nivel nacional de HPV observada fue de 29,2% (15% con HPV de alto riesgo y 14% de bajo riesgo). Los HPV de alto riesgo se observaron en mujeres jóvenes, mientras que los de bajo riesgo en mujeres relativamente mayores. Los genotipos de alto riesgo más prevalentes (ya sea como infección única o múltiple) fueron el HPV 16 (2,6%), HPV 52 (2,2%), HPV 58 (1,7%) y HPV 51 (1,5%). Por otro lado los HPV de bajo riesgo más prevalentes fueron el HPV 61 (3,2%), HPV 84 (3,2%), HPV 62 (2,3%), CP6108 (2,3%) y el HPV 53 (2,2%) (1).

## **HPV Y LA RELACIÓN CON EL CÁNCER**

El HPV es el agente causal de varios tipos de cánceres y entre ellos los del cuello uterino en mujeres (19). Los HPV de alto riesgo (HR - HPV), causan lesiones mucho menos evidentes y son clasificados como potencialmente

oncogénicos, ya que están asociados con más del 99% de los cánceres del cérvix (25). El HPV se asocia además con otros cánceres menos comunes como el de orofaringe, vulva, vagina y pene, y con papilomatosis respiratoria recurrente, enfermedad poco frecuente pero grave (26).

Se ha hecho énfasis que la evolución a malignidad de los epitelios infectados con HPV depende de la asociación de varios factores y que no sólo la infección con tipos oncogénicos de HPV es suficiente para desarrollar cualquier tipo de cáncer, ya que es necesaria la presencia de una serie de cofactores que ayudan a la progresión a malignidad del epitelio afectado (27). Entre ellos encontramos factores genéticos, o adquiridos como la edad, la inmunodepresión, la contracepción oral, el tabaquismo, y factores virales (genotipo, variantes, carga viral, integración) (26).

La unión escamo - columnar del epitelio cervical es la zona más susceptible a la infección por HPV, de ahí que sea el lugar más frecuente (hasta el 90%) de localización del carcinoma (28).

A pesar de que la tasa de progresión carcinogénica es relativamente baja, las infecciones con HR - HPV, se encuentran en la mayoría de los cánceres cervicouterinos humanos (25). A partir de lo anterior, en la mayoría de los casos la progresión no es un fenómeno abrupto, sino que transcurre lentamente a través del desarrollo de lesiones pre - malignas y pre - invasivas (27).

El cáncer cervicouterino está caracterizado por una fase premaligna bien definida. Los cambios premalignos cervicales representan un espectro de anomalías histológicas que van desde un NIC I (displasia leve), NIC II (displasia moderada) y NIC III (displasia severa/carcinoma in situ) hasta cáncer invasivo (25).

En los últimos años, con la intensa investigación que se ha realizado sobre la patogénesis del cáncer cervicouterino, se ha logrado un gran progreso en la comprensión de esta enfermedad. La infección genital con HR - HPV es muy común, y la mayoría de los individuos se curan de la infección con el tiempo, pero aproximadamente el 15% de las pacientes, no pueden eliminar el virus. La infección persistente con un virus HR - HPV es el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer del tracto genital inferior (25).

## **HPV Y ACTUACIÓN EN LA FORMACIÓN DE LA CÉLULAS NEOPLÁSICAS**

El virus infecta tanto las células basales como las parabasales o las células de reserva, las cuales tienen la capacidad de dividirse y diferenciarse a epitelio escamoso, glandular o neuroendocrino. En el caso de las células con diferenciación escamosa la maduración ocurre a través del engrosamiento del epitelio, con cambios moleculares previos a las alteraciones morfológicas. Si estas células son infectadas por el HPV pueden ocurrir diferentes secuencias de eventos (29).

La sobreexpresión de los genes transformantes puede ser consecuencia de la pérdida del gen viral E2, cuya función es la producción de proteínas reguladoras de la transcripción de las regiones tempranas del virus, que a su vez reprimen la transcripción de los genes E6/E7 (29).

Los virus del papiloma humano pueden encontrarse en el material cervical en forma de episomas, integradas o en forma mixta que contienen ambas (23). En las lesiones de bajo grado y en la mayor parte de las de alto grado el HPV se encuentra en su forma episomal y el E2 está intacto. Sin embargo, en más del 90% de los carcinomas el HPV está integrado en el ADN de la célula huésped, la integración interrumpe los sitios de lectura de los genes E2/E1 pero deja intactos E6/E7, liberándolos de la regulación y permitiendo su expresión. Cuando la expresión de estos genes ocurre en la población de células que aún pueden dividirse, da como consecuencia el inicio de la proliferación celular a través del

epitelio, que se traduce en una maduración escamosa desorganizada, con sobrecrecimiento de células basales. Estos cambios son interpretados morfológicamente como una lesión epitelial de alto grado (29).

## **FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS EN MUJERES PORTADORAS DE HPV**

- **EDAD**

La relación entre la edad y la prevalencia del HPV no sigue un patrón definido y parece variar alrededor del mundo en diferentes poblaciones. Muchos estudios han reportado que la mayor prevalencia se observa en mujeres menores de 25 años, disminuyendo progresiva y linealmente hasta alcanzar 5% o menos después de los 55 años; esto pudiera explicarse por cambios en las prácticas sexuales con la edad, determinando una menor exposición de las mujeres al virus, o también por inmunidad adquirida en el tiempo a la infección por HPV (30).

En otros estudios se describe un segundo pico en la prevalencia del HPV 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 esteroide), el debilitamiento del sistema inmune y los cambios fisiológicos del cérvix (atrofias del epitelio) pudieran incrementar la susceptibilidad a la infección por el virus o activar infecciones latentes. Por otra parte, los cambios o migraciones en la ubicación de la zona de transformación cervical, donde se ubica el virus (la cual queda menos expuesta a medida que avanza la edad) influyen en la recolección de los tipos celulares durante una citología y en la capacidad de detección del virus, afectando la sensibilidad y los resultados obtenidos en algunos estudios (31).

- **EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL**

La sexualidad en adolescentes es dinámica y ha experimentado cambios importantes en las últimas décadas. En la 6ª Encuesta Nacional de la Juventud, el 48% de adolescentes de 15 a 19 años declara haber iniciado su vida sexual, con

una edad de inicio promedio de 16,4 años en hombres y 17,1 años en las mujeres, presentándose un adelanto de las edades de iniciación respecto de años anteriores, especialmente entre las mujeres, las que en 1997 mostraban una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 18 años (INJUV, 2010). En la misma Encuesta, se observan diferencias sutiles por nivel socioeconómico en esta variable, de tal manera que, los segmentos socioeconómicos más acomodados inician su actividad sexual algo más tarde (32).

En Chile, se ha observado una disminución progresiva de la edad de inicio de la actividad sexual, principalmente en mujeres de menor nivel socioeconómico. Un estudio sobre Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario, realizado en el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia (CEMERA), en adolescentes de nivel socioeconómico medio - bajo reportó una edad promedio de inicio de actividad sexual de 15,7 años en varones y 15,5 años en mujeres, mientras que la diferencia promedio del tiempo transcurrido entre el inicio de la relación afectiva y el inicio de actividad sexual fue de 6,2 meses en hombres y 7,5 meses en mujeres (33).

La edad y el sexo son factores de riesgo para la displasia cervical, las mujeres más jóvenes tienen una zona transicional inmadura y más extensa, ello facilita la exposición a patógenos sexualmente transmitidos, incluido el HPV (34).

Este factor parece ser importante porque está relacionado con los cambios biológicos que ocurren en el cuello durante la pubertad revelando la inmadurez fisiológica de la zona de transformación donde se origina la neoplasia. Las adolescentes tienen un predominio de células metaplásicas y endocervicales sobre el ectocérvix, lo cual lo hace especialmente vulnerable al HPV y a otros agentes de infección de transmisión sexual (35).

El período de metaplasia escamosa que existe en el cuello uterino de la adolescente es el momento más crítico para el riesgo potencial de transformación celular y para el desarrollo de la neoplasia cervical. Se ha demostrado que en ese período las células metaplásicas jóvenes presentan propiedades fagocíticas cerca de la unión escamosocolumnar (36) (37).

El rango de edad en el que se presentan las lesiones intraepiteliales de alto grado está entre 25 - 45 años, ello se explica cuando revisamos la historia natural de la enfermedad, la cual se inicia con la adquisición del virus, generalmente por contacto sexual, la adolescencia es el período de mayor exposición, habitualmente con las primeras parejas sexual (34).

En correspondencia con lo anteriormente expuesto, las mujeres que inician la actividad sexual a edad temprana cuando el proceso metaplásico es más activo, presentarán una mayor probabilidad de introducir el virus en sus células metaplásicas y activar la transformación de las células (38).

- **PARIDAD, EDAD DEL PRIMER EMBARAZO Y VÍA DE PARTO**

La elevada paridad se ha asociado como factor de riesgo de HPV determinado por factores hormonales, nutricionales, traumáticos e inmunológicos: mantiene la zona de transformación hacia el exocérnix por más tiempo, facilitando la exposición directa al HPV. Se ha descrito que los cambios hormonales inducidos por el embarazo (elevados niveles de estrógeno y progesterona) pueden modular la respuesta inmune responsable de la persistencia o progresión del HPV, por otro lado, durante el embarazo ocurre una cierta depresión de los niveles de folato lo cual se ha relacionado con el aumento de riesgo de aparición de la enfermedad en multíparas. Se ha sugerido que las mujeres con tres o cuatro embarazos a término, tienen un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cervicouterino en comparación con las nulíparas, las mujeres con 7 partos o más, presentan un riesgo 3,8 veces mayor (34).

Como se mencionó anteriormente la puerta de entrada del HPV es el epitelio erosionado, lo cual es muy frecuente tras los partos. Sin embargo, sólo en aquellas mujeres con menos de 16 años, donde el epitelio está en fase de transición este es más susceptible a las lesiones. En los embarazos a término y partos vaginales la probabilidad de traumas en la zona de transición en el cuello uterino no es frecuente, por lo que la influencia de este factor es cuestionable (39).

- **ANTECEDENTE DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)**

En algunos estudios se ha demostrado que la presencia de infecciones previas de transmisión sexual aumenta el riesgo de infección por HPV (40).

Las situaciones de inmunodepresión y especialmente el estar infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), favorecen la infección y aparición de CaCu. El tener otras infecciones genitales de transmisión sexual como el herpes y la chlamydia pueden actuar como cofactor por efecto inflamatorio y producir una mayor desregulación de la inmunidad local (41).

En condiciones normales, el sistema inmune es capaz de controlar y eliminar la infección por acción de la inmunidad innata, la activación de una respuesta tipo celular y la creación de anticuerpos dirigidos principalmente a las proteínas de la cápside del virión (L1 y L2). A pesar de toda la maquinaria de protección inmune del hospedero, el virus posee estrategias de evasión, conservando un número reducido de copias en las células basales proliferantes y aprovechando la corta vida natural del queratinocito (42).

## **FACTORES DE RIESGO SOCIALES EN MUJERES PORTADORAS DE HPV**

Se han analizado factores que inciden para el contagio del HPV y algunos se pueden prevenir modificando conductas individuales no saludables, sin embargo existen factores que requieren luchas y esfuerzos de múltiples actores, en diferentes frentes, a fin de modificar los de orden político - estructural, tal es el caso de la pobreza y educación, donde una cantidad considerable de población no cuenta con los servicios necesarios para una buena calidad de vida y sufren de

discriminación social al carecer de empleo o contar con empleos mal pagados sin beneficios como prestaciones; específicamente de servicios de salud, quedando expuestos y vulnerables ante las enfermedades (40).

- **ESTADO CIVIL**

Por medio de una investigación sobre la prevalencia poblacional y distribución por edad del virus papiloma humano entre mujeres en Santiago, Chile, publicada el 2005 en un boletín de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se obtuvieron los siguientes resultados, con respecto al estado civil (43).

De una población de 1221 mujeres entre 15 y 86 años, que vivían en el territorio asignado al centro de Salud Familiar el Roble de Santiago, mujeres solteras, viudas o separadas presentaban mayor prevalencia de infección por HPV al compararlas con mujeres casadas (43).

El único factor de riesgo significativo para HPV de bajo riesgo fue ser soltera. Fumar, el estado civil y el uso de Anticonceptivo Oral (ACO) no resultaron estar asociados con la presencia de anomalías citológicas (PAP alterado) (43).

En la tesis de grado "Identificación de virus papiloma humano asociado a citología ASCUS de cérvix uterino en mujeres del Hospital Clínico regional de Valdivia", de la Universidad Austral de Chile (2006) considerando el estado civil de las pacientes, se agruparon para el análisis en solteras, casadas y convivientes/separadas/viudas. Las casadas representaron el 52% (53/102), las convivientes/separadas/viudas el 33.3% (34/102) y las solteras el 14.7% (15/102). La prevalencia de infección por HPV en las solteras correspondió al 40% (6/15), en las casadas al 22.6% (12/53) y en las convivientes/separadas/viudas al 20.6% (7/34). La mayor infección por HPV se encontró en las solteras, seguida en las casadas y finalmente en las convivientes/separadas/viudas. Sin embargo, la prueba de Chi cuadrado arrojó un valor de 2.3, con dos grados de libertad, lo que

informa que no existen diferencias significativas entre los estados civiles, en las mujeres con y sin infección viral (44).

- **INFIDELIDAD**

La mayoría de la gente que ha sido sexualmente activa ha estado expuesta al HPV. El descubrimiento de HPV no necesariamente significa que la infección es nueva. Una prueba positiva puede que no refleje infidelidad por parte de una pareja actual. No podemos saber nunca cuando la exposición ocurrió. Cuando una pareja tiene HPV, es casi seguro que la otra pareja comparta el mismo tipo. Aproximadamente el 60% de los hombres entre los 18 y 70 años portan el HPV. Estudios han demostrado que el virus no hace el efecto "ping - pong" adelante y hacia atrás. Esto significa que una pareja no puede reinfectar el uno al otro en su propia relación. Después de la exposición al HPV y subsiguiente claridad del virus, una persona probablemente tiene inmunidad a ese tipo. Él o ella no puede ser reinfectado, pero podría ser expuesto a un nuevo tipo de HPV. Si una persona entra a una nueva relación, él o ella podrían poner a una nueva pareja en riesgo para HPV. Una persona puede ser expuesta a un nuevo tipo viral de HPV con una nueva pareja. No hay forma de estar 100% seguro que una persona ya no es contagiosa (45).

La alta tasa de adquisición del HPV en las mujeres de 51 años puede ser debido a una tasa más alta que la prevista de nuevas parejas asociadas en las mujeres mayores y/o infidelidades de la pareja. Sin embargo, la suposición anterior no está apoyada por los datos de dos grandes encuestas sobre el comportamiento sexual entre las mujeres en el Reino Unido que se llevó a cabo entre 1990 y 2000 (46) (47). El segundo de estos estudios encontró que sólo el 10,9% de las mujeres entre 35 - 44 años de edad reportó una nueva pareja sexual en el año anterior a la encuesta, en comparación con un 39,2% de las mujeres de 16-24 años de edad. Por lo tanto, una pareja en cada 3 años corresponde a la velocidad de adquisición del 21%, para las mujeres 51 años de edad, esto sería

mayor de lo esperado, basándose únicamente en la tasa de adquisición de una nueva pareja entre un grupo de mujeres 35 - 44 años de edad (48).

- **EDUCACIÓN**

La educación es la variable predictiva más íntimamente relacionada con el estado de salud de una población, una comunidad o un individuo. Constituye la senda para la implementación de conductas y actitudes favorables a la búsqueda de la salud y encaminadas hacia el mantenimiento de la misma, lo cual conllevaría a un estilo de vida valioso y una mejor calidad de vida (47).

Un estudio de "Identificación de virus papiloma humano asociado a citología ASCUS de cérvix uterino en mujeres del Hospital Clínico regional de Valdivia" de la Universidad Austral de Chile (2006), muestra que educacionalmente, las participantes fueron clasificadas en tres grupos de acuerdo a los años de estudios cursados, éstos fueron: básica con hasta 8 años, media hasta 12 años y superior más de 12 años. De esta manera, las mujeres en el grupo de básica correspondieron al 45.1% (46/102), media al 43.1% (44/102) y superior al 11.8% (12/102). La prevalencia de infección por HPV en los grupos de educación en las pacientes, fue la siguiente: 38.6% (17/44) para las de media, de 19.6% (9/46) para las de básica y de 0% (0/12) para las de superior. La prueba de Chi cuadrado dio un valor de 9, con dos grados de libertad, lo que se traduce en diferencias significativas en los años de estudio entre las pacientes con y sin infección por HPV (44).

La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad (48), que se explicará en profundidad en el rol del profesional matron (a) en prevención de HPV.

- **PREVISIÓN DE SALUD**

La distribución de la cobertura del sistema previsional por quintil de ingreso muestra la existencia de una relación directa entre el nivel de ingreso y el sistema

previsional al cual los individuos refieren pertenecer. En el sistema público la mayor proporción de beneficiarios pertenece al primer quintil de ingreso o grupo de menores ingresos y la menor proporción al quinto quintil o grupo de mayores ingresos. Esta característica también se observa en las distintas categorías en las que se clasifica el sistema público. En el grupo A o indigente, la mayor proporción corresponde al quintil 1 mientras que en el grupo D la proporción se invierte en favor del quintil 5 a diferencia del sector público, los individuos pertenecientes a Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) se concentran en el quintil 5 o de mayores ingresos (43.1%). Por lo tanto en la medida que la dotación de recursos es mayor y de mejor calidad en el sector privado, se genera esta desigual distribución de la población entre los dos subsistemas (49).

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo (50).

El tramo de ingreso al que pertenecerá el afiliado al incorporarse a FONASA, será de acuerdo a su renta imponible y número de cargas, para atención en modalidad institucional (50).

- ▶ **Tramo A** (Porcentaje de copago 0%): Indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones básicas solidarias, causantes de subsidio familiar (Ley 18.020).
- ▶ **Tramo B** (Porcentaje de copago 0%): Ingreso imponible mensual menor o igual a \$193.000.
- ▶ **Tramo C** (Porcentaje de copago 10%): Ingreso imponible mensual mayor a \$193.001 y menor o igual a \$281.780. Con tres o más cargas, pasará al tramo B.
- ▶ **Tramo D** (Porcentaje de copago 20%): Ingreso imponible mensual mayor a \$281.781. Con tres o más cargas, pasará al tramo C.

ISAPRE: Se entiende como beneficiario tanto a la persona que se afilia a una ISAPRE como a las cargas que ésta incluya en su plan (hijos, cónyuge, abuelos, otros). El afiliado suscribe con la ISAPRE un contrato cuyo núcleo base son las Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES), las cuales se extienden a través de un plan complementario de salud (50).

- **ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD**

La Constitución de la República de Chile declara que la salud es un derecho básico reconocido para todos los ciudadanos, y documentos oficiales muestran una amplia cobertura del sistema de salud (51).

Dado que mantenerse sano es uno de los activos con que cuentan los pobres (para poder trabajar), los problemas que ellos tengan en acceder a atención de salud cuando la necesitan podrían traducirse en obstáculos serios a sus esfuerzos por superar el estado de pobreza (51).

En la investigación, sobre el acceso a la salud en Chile realizado por la Universidad de Chile en el año 2005, se obtuvieron a partir del análisis estadístico los siguientes resultados:

Personas pobres y casi pobres son más probablemente sanas, pero presentan una menor probabilidad de acceder a los servicios de salud cuando lo necesitan en eventos de enfermedad o accidente. También muestra que los hombres y los menores de 40 años de edad son más probablemente sanos, pero que enfrentan más dificultades para acceder a la atención de salud. A su vez, muestra que es menos probable que los habitantes de áreas rurales accedan a la atención de salud. Por otro lado, las mujeres presentan una mayor recurrencia de eventos relacionados con el estado de salud y presentan una mayor probabilidad de recibir atención médica cuando la necesitan (51).

- **POBREZA Y BAJO NIVEL SOCIECONÓMICO**

Como ya se ha mencionado, la causa subyacente primaria del cáncer cervicouterino es la infección por el HPV. Las mujeres de todo el mundo están expuestas al HPV, pero son las mujeres del mundo de los países en desarrollo las que, durante décadas, han tenido poco o ningún acceso a la detección y el tratamiento tempranos y mueren debido a las consecuencias de la infección por este virus (52) (53).

La persistencia de la pobreza constituye uno de los principales obstáculos para que los adolescentes puedan desarrollar sus capacidades humanas básicas, lo que pone a estos en condiciones de mayor vulnerabilidad en su vida reproductiva. Se considera que una baja economía impide la asistencia de los jóvenes a los centros de salud para una orientación sexual, una consulta en la utilización de métodos anticonceptivos y para realizarse un estudio preventivo como el PAP, lo que provoca la existencia de una brecha entre las campañas de prevención y la sensibilización de los jóvenes que aun cuando quisieran actuar en beneficio a su propia salud, no cuentan o no tienen el acceso a los servicios de salud adecuados (40).

En la mayoría de los individuos, resultado de una respuesta inmune deficiente, generalmente en lugares de pobreza donde existe desnutrición o mala alimentación, los adolescentes con inmunosupresión corren un riesgo especial de adquirir el HPV. Sus efectos en el sistema inmunitario aceleran la infección en el huésped y las lesiones causadas en estos pacientes son frecuentemente más difíciles de tratar, porque la persistencia y progresión son muy altas (40).

Como ya se mencionó anteriormente en uno de los factores de riesgo biológicos, la edad de inicio de las relaciones sexuales ha disminuido considerablemente en los niveles socioeconómicos más bajos con un promedio de 15.7 años en varones y 15.5 en mujeres (33).

## **MEDIDAS DE AUTOCUIDADO**

Los determinantes principales de la infección por el HPV, tanto en los varones como en las mujeres, están relacionados con el comportamiento sexual, como lo es el número de parejas sexuales (52). Sin embargo existen otros factores que influyen y pueden ser utilizados como herramientas de autocuidado como son:

- **ADHERENCIA AL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Otra etapa importante a seguir para una buena salud de la población, que se considerada como una medida de autocuidado, tiene relación a la adherencia al servicio de atención primaria, que se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para: asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados, completar los análisis o pruebas solicitadas. La falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud es, en esencia, una decisión personal de causa multifactorial (54).

Las mujeres en control activo, permiten por un lado estar en contacto con profesionales del área, sensibilizándose al tema en estudio, y por otro la posibilidad que haya una indicación concreta del examen (55).

- **ADHERENCIA AL EXAMEN DE PAP**

Se pueden utilizar diversas pruebas para detectar el CaCu. La única que ha sido utilizada en grandes poblaciones y que ha dado muestras de reducir la incidencia de CaCu y la mortalidad por dicha causa es la prueba de tamizaje denominada PAP (citología vaginal), resulta ser una herramienta muy útil, por su bajo costo, fácil realización y amplia difusión, no obstante tiene poca reproducibilidad, una sensibilidad y especificidad variable dependiente de la

experiencia del personal que lo realiza. La causa subyacente primaria del CaCu es la infección por el virus del papiloma humano (HPV) (53). La infección subclínica del cérvix es comúnmente diagnosticada mediante PAP, sin embargo los diagnósticos de prueba PAP de HPV no siempre se correlacionan con la detección de ADN de HPV en células cervicales (56).

El método primario para la detección de HPV es la citología PAP, y desde su inclusión, esta metodología ha ayudado a reducir la incidencia del cáncer cervical en las naciones desarrolladas. A pesar de esto, la citología PAP tiene sus limitaciones; algunos estudios tipo meta - análisis indican que tiene una sensibilidad promedio del 51% y una especificidad del 98%, frente a la colposcopia o el análisis histológico de biopsias; es entonces, su alta tasa de falsos negativos su limitación más importante (57).

En Chile se han hecho esfuerzos intensos y prolongados durante los últimos 20 años en la prevención secundaria del CaCu a través del tamizaje con PAP implementado a nivel país a través del Programa de Cáncer Cervicouterino del Ministerio de Salud y recientemente incorporado como patología de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE). Este programa ha sido muy efectivo, pero tiene limitaciones. La cobertura nacional del programa se ha estancado durante los últimos años en alrededor de 70%. El progresivo incremento de las coberturas de PAP previo a este estancamiento, probablemente ha sido uno de los factores más relevantes en la reducción de las muertes por CaCu en Chile (26).

En una investigación sobre ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE, establecer las principales razones para no hacerse el Papanicolaou y no acudir a buscar el resultado fueron: la falta de preocupación; los problemas relacionados al procedimiento como miedo, vergüenza, incomodidad, falta de tiempo y de conocimiento. Concluyendo que todas las razones dadas por las mujeres chilenas en este estudio, han sido descritas en la literatura internacional. Los profesionales de la salud están en

situación de cambiar la perspectiva que las mujeres tienen y por lo tanto para mejorar la educación y la práctica del screening en las mujeres (58).

Las normas del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, plantean la realización de la citología cervical cada 3 años, a partir de los 25 y hasta los 64 años, con énfasis en las mayores de 35 sin examen previo, y en los últimos años el Ministerio de Salud Pública de Chile, propone reducir la tasa de mortalidad por esta causa en un 40%, para el período 2000 - 2010. Todos estos hitos marcan una tendencia a mejorar las tasas de CaCu en Chile y mejorar la adherencia al PAP (58).

- **NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES**

Los factores de riesgo asociados a la infección con virus papiloma humano han sido abordados en diversos estudios (Young et al, 1998; Ho et al, 1998; Moscicki et al, 2001; Ault, 2006), lo cual se ha logrado determinar que la conducta sexual del individuo es el factor de riesgo más importante, es así, como a mayor número de parejas (tanto a lo largo de la vida como en los últimos 12 meses) y a más temprana la edad de inicio de la actividad sexual, mayor es el riesgo de infección (59).

En la ciudad de Puerto Cabello, Venezuela, se realizó una investigación “Factores de riesgo en mujeres con infección del virus del papiloma humano”, que buscaba identificar los factores de riesgo presentes en 50 mujeres con diagnóstico del HPV. La población estuvo representada por las pacientes consultantes en el Servicio de Gineceo Obstetricia del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, en el cual se analizó la distribución de los casos según el número de parejas de cada paciente, encontrando que 21 de las pacientes (42%) habían tenido 2 parejas; seguido de 15 pacientes (30%) con una sola pareja, luego las pacientes que tuvieron 3 parejas (26%) y una sola paciente con 4 parejas (2%). Resultando que 35 de las mujeres estudiadas tuvieron más de una pareja, lo cual representa el 70% (60). Entre las condiciones que favorecen la aparición de la infección por HPV está la promiscuidad de cualquiera de los integrantes de una pareja sexual. El número de

parejas sexuales, no es más que el reflejo de la probabilidad de exposición al HPV y demás agentes infecciosos (61). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la promiscuidad tiene lugar cuando un sujeto tiene más de dos parejas sexuales en menos de seis meses (62).

- **USO DE PRESERVATIVOS**

Los preservativos protegen solo parcialmente del contagio de HPV, dado que puede haber virus en las superficies corporales no cubiertas por el preservativo. A pesar de ello, se ha visto que el uso sistemático y correcto de preservativos brinda importantes beneficios: permite una eliminación más rápida del HPV tanto en los varones como en las mujeres; aumenta la regresión de las lesiones cervicouterinas; reduce el riesgo de verrugas genitales; reduce el riesgo de pre cáncer cervicouterino y de CaCu; protege contra otras ITS; protege contra la infección por el VIH; protege contra el embarazo no deseado. Los preservativos pueden reducir el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con el HPV, porque disminuyen la cantidad de HPV transmitidos o reducen la posibilidad de re exposición. Hasta la fecha se desconoce si los preservativos femeninos (que cubren parte de la vulva) ofrecen la misma protección contra el HPV que los preservativos masculinos o si ofrecen una protección mayor (52).

En relación al comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud, se realizó un estudio en Cuba (2006), en donde se logró identificar que del total de la muestra solo el 21,31 % lo usaba siempre, el 49,18% a veces, y el resto, el 29,51%, no lo usaba nunca. Los criterios o razones emitidas por las encuestadas para justificar el hecho de no usar del preservativo son: que les resultaba incómodo y que a la pareja no les gustaba, lo cual fue expresado por un 100% y un 94,44% respectivamente, el criterio que les hacía daño fue expresado por un 16,67% y el que criterio que les inhibía el deseo sexual fue expresado por un 11,11%. Otros motivos fue la respuesta de un 33,33 %, y ahí se agruparon razones como que no les gustaba, la estabilidad y la confianza en la pareja, el olvido, etcétera (63).

- **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

Los ACO pueden aumentar la ectopia cervical, condición clínica donde la exposición y vulnerabilidad a los patógenos de transmisión sexual es mayor, entre ellas al HPV. El uso de progestinas adelgaza el revestimiento de la vagina, dejándolo más susceptible a desgarros o abrasiones a través de los cuales los patógenos de las ITS pudieran penetrar al epitelio vaginal (64).

Los anticonceptivos hormonales conteniendo estrógenos y progestágenos pueden potenciar la expresión de los genes del HPV en el cérvix a través de mecanismos mediados por receptores de progesterona, así como por elementos de respuesta en el genoma viral (63). Cuando la hormona se une a su receptor, se produce un cambio conformacional que provoca la dimerización del receptor, adquiriendo capacidad de unión a secuencias específicas de ADN. Existen regiones de regulación de la transcripción del ADN viral que contienen elementos de reconocimiento a hormonas y que aumentan el nivel de expresión de 2 genes virales el E6 y el E7 (65).

Existen otros factores fisiológicos de los ACO sobre el epitelio cervical: La eversión del epitelio columnar, la activación del proceso metaplásico inmaduro, la disminución de los niveles de folatos en sangre y los cambios megaloblásticos en las células cervicales (64).

A partir de lo anterior un Estudio de la Agencia de Investigación del Cáncer (IART), evidenció que el uso de ACO menor a 5 años en mujeres HPV positivo, no estuvo relacionado a ningún aumento en el riesgo de cáncer cervical escamoso o carcinoma in situ. El riesgo más alto se observó en mujeres que usaron ACO por 10 o más años (64).

- **HIGIENE GENITAL**

La higiene íntima constituye un elemento vital del autocuidado de la salud de la mujer y exige una rutina adecuada. Desde la infancia hasta la senectud, la vulva está expuesta a factores ambientales, efectos hormonales, problemas metabólicos que pueden alterar su equilibrio natural. Con los cambios de estilo de vida que lleva la mujer de hoy, cada vez se hace más importante encontrar estrategias que le permitan bienestar y comodidad (66).

La falta de higiene es un factor de riesgo para la prevalencia de toda clase de infecciones a causa de la retención de esmegma (Secreción de las glándulas prepuciales, según RAE 2013) y fimosis (Estrechez del orificio del prepucio, que impide la salida del glande, según RAE 2013) generando el acumulo de bacterias y virus en condiciones de irritación crónica, que fácilmente puede albergar a un agente patógeno e incrustarse por medio de la lesión, por ello es necesario tener hábitos de higiene adecuados que disminuyan la probabilidad de infecciones genitales. Se sugiere que los hombres tengan el hábito de retirar el prepucio para lavar bien la zona del glande y que las mujeres abran los labios mayores para lavar entre ellos (40).

Los hábitos de higiene femeninos incluyen: baño y secado corporal diario, limpieza del área genital después de orinar o defecar, uso de elementos de protección menstrual, aseo genital en los días de menstruación e higiene relacionada con la actividad sexual (66).

Una circuncisión en hombres y una higiene adecuada pueden ayudar a disminuir el riesgo de un contagio. Una higiene excesiva no garantiza ni impide el contagio del HPV, pero si disminuye en un porcentaje considerable las infecciones (40).

- **INICIO DE CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL**

En estudios nacionales de drogas en población general de Chile realizados entre 1994 y 2010, los resultados encontrados indican que las mujeres inician el consumo de alcohol y tabaco, en promedio, a una mayor edad que los hombres (67).

La edad de inicio promedio es menor para el consumo de tabaco en comparación con alcohol, con 16,8 y 18,5 años, respectivamente. A su vez, la edad promedio de las personas que reportan haber consumido tabaco alguna vez en su vida (36,8 años) es menor que la edad promedio de las personas que declaran haber consumido alcohol (37,1 años). Finalmente, las mujeres declaran en menor proporción haber consumido ambas sustancias alguna vez en su vida en comparación con los hombres (67).

En el ámbito científico está comprobado que el hábito de fumar o tomar bebidas alcohólicas, tienen un efecto que favorece la infección de HPV. Ejemplo de ello es el efecto nocivo del abuso en el consumo de alcohol que produce determinadas sustancias que actúan como oxidantes, elementos cuya acción constituye un mecanismo importante en la inducción de transformaciones malignas celulares. El hábito de fumar tiene un efecto nocivo en las secreciones vaginales, sobre todo en el epitelio del canal endocervical que es el reservorio del HPV, generando la inoculación con mayor facilidad en un ambiente óptimo para su propagación (40).

Los carcinógenos procedentes del consumo del tabaco (nicotina y cotina), pueden iniciar o actuar como cocarcinógenos además de inducir inmunosupresión y reducir los antioxidantes de la dieta (68).

Un estudio que se hizo con mujeres en La Habana Cuba en el año 2009, mostró que la exposición a determinadas concentraciones de nicotina por un tiempo prolongado, al llegar al epitelio cervical, transportadas por el sistema

circulatorio, potencia la proliferación celular por contribuir a la sobreexpresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico (40).

- **OTRAS MEDIDAS DE AUTOUIDADO QUE NO TIENEN RELACIÓN CON LAS VARIABLES DEL ESTUDIO**

- ▶ **ALIMENTACIÓN**

Una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C, favorece la persistencia de la infección y la evolución de las lesiones intraepiteliales cervicales de primero, segundo y tercer grado, inclusive del cáncer cervicouterino. Investigaciones de nutriólogos del Hospital General de México revelaron que las mujeres mal alimentadas tienen bajos niveles de antioxidantes, y mayor riesgo a contraer el HPV precursor del CaCu (40).

- ▶ **VACUNA DEL HPV**

Otra medida de autocuidado de contingencia, que no es parte de nuestro estudio, es la vacuna del HPV. En Chile las dos vacunas existentes son la bivalente (Cervarix®, GlaxoSmithKline) y tetravalente (Gardasil®, Merck Sharp &Dohme), las cuales están dirigidas a HPV 16 y 18 y la tetravalente agrega protección contra HPV 6 y HPV 11. La ventaja de la vacuna tetravalente es la protección contra condilomas acuminados; sin embargo, para valorar la importancia de ello es necesario conocer la asociación de los genotipos 6 y 11 a los condilomas en Chile. Actualmente no hay información confiable al respecto (69).

Ambas vacunas son seguras y bien toleradas y han demostrado alta inmunogenicidad y efectiva protección contra infecciones por HPV y lesiones precancerosas en mujeres no expuestas previamente a los virus vacunales (seronegativas y ADN - negativas para HPV 16 y HPV 18). Existe evidencia de que la inmunogenicidad es mayor en niñas pre púberes que reciben una dosis que en mujeres adultas con tres dosis y que la inmunogenicidad y protección contra la infección en niñas que reciben una y dos dosis es similar a la alcanzada por las

que reciben tres dosis. También existe evidencia de que estas vacunas producen una mayor respuesta inmunogénica a mayor intervalo entre dosis y de que generan una respuesta inmunitaria de memoria de largo plazo (69).

## **RELACIÓN MATRÓN/A - USUARIA**

La interacción diaria entre las personas, conlleva al establecimiento de relaciones interpersonales diversas en su origen y que evolucionan constantemente. La relación matrón/a - usuaria no está exenta de esta evolución, constituyéndose en pilar fundamental a la hora de evaluar la calidad de atención en salud en esta área (70).

Este intercambio de información entre dos personas debe permitir al proveedor/a contar con elementos apropiados para ofrecerle la atención más efectiva y pertinente. Es importante que exista el tiempo adecuado para escuchar y realizar una entrevista competente y amable, dando confianza al usuario/a para contestar los datos requeridos y expresar dudas. Esto es especialmente importante en la atención en salud sexual y reproductiva, en que la información requerida tiene que ver con un ámbito íntimo y privado de las personas (71).

El lenguaje verbal es la forma de comunicación formal con que él o la proveedor/a se comunica con la persona atendida y es importante que este sea el adecuado para ella, adaptando los términos médicos al lenguaje según su edad, nivel educacional, etnia o cultura, etcétera (71).

La persona atendida debe recibir toda la información que necesita para opinar y tomar decisiones respecto a su salud, su enfermedad y los distintos tratamientos posibles. Entonces, las relaciones en el ámbito de la salud poseen distintas características y aspectos básicos que la construyen, tales como autonomía, justicia, consentimiento y la comunicación, esta última, base de toda relación que se estime como tal (71) (70).

La matrona ha sido considerada desde todos los tiempos como el profesional más cercano a la mujer. Sus servicios la han acompañado durante todas las etapas de su vida, requiriendo una entrega completa, fluida, veraz y empática por parte de este profesional, y una relación que se adapte a los cambios y desafíos que le impone la sociedad. Sin embargo, básicamente se ignora cómo se encuentra la relación matrona - usuaria en la actualidad. Este hecho hace difícil poder determinar cuáles son las falencias de esta y proponer soluciones a la misma (70).

En el caso de la matrona, las usuarias valoran el hecho de que se les escuche con atención. Para ellas es importante que la matrona deje de escribir, las mire a los ojos y les ponga atención cuando se dirige a ellas. Así sienten que el profesional está pendiente, atento, en todos los aspectos, especialmente en el plano de las emociones (“se preocupa de lo que siento”) (70).

En la relación matrona - usuaria, y según lo expuesto por las participantes de este estudio "Relación Matrona - Usuaria en Atención primaria de salud 2011", no se ha perdido una característica esencial de la comunicación, el diálogo. Las mujeres participantes consideran que existe una comunicación efectiva y fluida con la matrona que las atiende, representado por la posibilidad de tratar diversos temas y el logro de una conversación, no de un monólogo. Valoran el hecho de que se les permita opinar, reafirmando la importancia de respetar la autonomía de la persona. No obstante, se hace necesario señalar que aquellas mujeres que consideraron que no existía comunicación, manifestaron el rol negativo que cumplía al respecto el ánimo o humor de la matrona (70).

El lenguaje empleado por los profesionales de la salud puede favorecer o empeorar la relación. Según las participantes del estudio, la matrona se expresa con un lenguaje claro y fácil de comprender. Asimismo, el que las usuarias consideren que sus dudas e inquietudes son aclaradas, reafirma el hecho de que la matrona no solo emplea un lenguaje claro y accesible, sino que también, logra

entender correctamente el lenguaje propio de las usuarias, facilitando el entendimiento mutuo y favoreciendo la relación (70).

Escuchar a la mujer con atención, lograr entablar un diálogo, ser capaz de utilizar un lenguaje accesible, hacer partícipe a las usuarias de su condición, para finalmente satisfacer sus necesidades, son características esenciales en la relación matrona - usuaria (70).

## **ROL DEL PROFESIONAL MATRÓN / MATRONA EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO**

La prevención primaria es importante para evitar la infección o la aparición de la enfermedad mediante la educación y la promoción de la salud. Los profesionales de la salud deben difundir información y consejos sobre una conducta sexual sana, por ejemplo, retrasar la edad del inicio de las relaciones sexuales, limitar el número de parejas sexuales, usar preservativos de forma correcta y consistente y, evitar el consumo de tabaco porque el moco cervical de la fumadora contiene nicotina e hidrocarburos, que pueden ejercer una acción mutagénica. El personal sanitario, especialmente el personal de atención primaria, es el encargado principalmente de la educación para la salud y por su estrecha relación con la comunidad, puede promover medidas de salud sexual (72)

Se necesita mayor integración entre la salud sexual y el cáncer cervical, porque existe un gran potencial en las consultas de las matronas, para poder realizar intervenciones de educación para la salud, informando sobre la relación entre el Virus Papiloma Humano y el cáncer de cuello uterino. Las intervenciones deben ser continuadas para apoyar a las mujeres y favorecer la reducción de relaciones sexuales de riesgo. Por ende los profesionales de la salud deben difundir información y consejos sobre una conducta sexual sana (72).

Las intervenciones educativas para la prevención del virus papiloma humano son una metodología que se ha comenzado a incorporar como estrategia de prevención en los últimos años, debido a su bajo requerimiento de recursos

(humanos y materiales), como la necesidad de aumentar el nivel educacional en la población objetivo, a sabiendas que una población educada en salud mejora sus conductas preventivas (59).

Estrategias efectivas utilizadas para aumentar la adherencia al Papanicolaou combinan campañas educativas masivas en los medios de comunicación, junto con la entrega de información y educación individual diseñada específicamente para las mujeres. Materiales educativos de fácil lectura y evaluados en la población de mujeres en las cuales serán entregados son claves para facilitar la educación de esta población objetivo (59).

En este contexto, el fortalecimiento de la educación a las mujeres en el control ginecológico es otro punto importante a considerar, por ejemplo, comprobar la comprensión de las mujeres sobre los contenidos educativos que se les han entregado, usando estrategias tales como: la devolución de los contenidos, haciendo que las mujeres describan en sus propias palabras la información entregada, son herramientas que los profesionales de la salud pueden utilizar para reforzar los contenidos educativos (59).

Sin embargo la educación sobre prevención debiera involucrar a todas las mujeres y no solo a aquellas que asisten al sistema de salud (59).

Es importante considerar los recursos con los cuales se cuenta, las características de la población a intervenir, por ejemplo: nivel educacional y la factibilidad de la aplicación de la tecnología sobre el tema que se desea educar. Las sesiones de discusión y los folletos educativos parecen ser las estrategias más ampliamente utilizadas, debido a que probablemente su bajo costo las hace accesibles y asegura la entrega de la información necesaria. No obstante, su utilización suele no ser la única metodología a emplear, considerando la combinación de éstas entre sí o con otras metodologías, según los recursos disponibles. La importancia final radica en la elección de una metodología que garantice la retención de los contenidos entregados en la población beneficiada (73).

## **ANEXO N°3: OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS**

### **► GENERAL**

Determinar las características biosociales y las medidas de autocuidado que presentan las mujeres con PAP alterado derivadas a la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

### **► ESPECÍFICOS**

- **OBJETIVO 1:** Identificar las características biológicas; edad, Inicio de la actividad sexual, paridad, edad del primer embarazo, vía de parto, antecedentes de ITS; tamizaje y genotipificación del HPV que presentan las mujeres con PAP alterado derivadas a la UPC del Hospital Carlos Van Buren.
- **OBJETIVO 2:** Identificar las características sociales: estado civil, infidelidad, nivel educacional, previsión de salud, ingreso per cápita y acceso a la atención primaria de salud que presentan las mujeres con PAP alterado derivadas a la UPC del Hospital Carlos Van Buren.
- **OBJETIVO 3:** Describir las medidas de autocuidado: adherencia al servicio de APS, adherencia a examen de PAP, número de parejas sexuales, uso de preservativo, motivo del uso del preservativo masculino, motivo del no uso del preservativo masculino, método anticonceptivo, higiene genital, elementos higiénicos genitales, consumo de tabaco, edad de inicio del consumo de tabaco, consumo de alcohol y edad de inicio del consumo de alcohol que presentan las mujeres con PAP alterado derivadas a la UPC del Hospital Carlos Van Buren.

#### ANEXO N°4: CUADRO SINÓPTICO

**OBJETIVO 1:** Identificar las características biológicas; edad, Inicio de la actividad sexual, paridad, edad del primer embarazo, vía de parto, antecedentes de ITS; tamizaje y genotipificación del HPV que presentan las mujeres con PAP alterado derivadas a la UPC del Hospital Carlos Van Buren.

Nombre de la variable	Definición	Dimensión	Indicador	Sub-indicador
<b>Edad</b>	Número de años cumplidos cronológicamente por la mujer al momento del estudio		15-24 años 25-34 años 35-44 años 45-54 años 55-64 años 65-74 años	
<b>Inicio de la actividad sexual</b>	Edad al momento de la primera relación sexual penetrativa de la mujer en estudio		10-14 años 15 -19 años 20-24 años 25-29 años	

<b>Paridad</b>	Número de partos que ha tenido la mujer al momento del estudio		Nulípara Primípara Multípara Gran Multípara	0 1 2- 4 5 y más
<b>Edad del primer embarazo</b>	Número de años cumplidos de la mujer en estudio al momento de su primer parto		Nulípara 10-15 años 16 -20 años 21-25 años 26-30 años	
<b>Vía de Parto</b>	Vía por la cual nacieron los hijos de la mujer en estudio		Ninguno Vaginal Vaginal-Cesárea Cesárea	Si -No Si- No Si -No

<p><b>Antecedente de ITS</b></p>	<p>Infección (es) de transmisión sexual que ha presentado la mujer en estudio antes del PAP alterado</p>		<p>Sin Antecedente</p> <p>Con Antecedentes</p> <p>No sabe</p>	<p>Sífilis</p> <p>Gonorrea</p> <p>Condilomas</p> <p>VIH</p> <p>Herpes</p> <p>Chlamydia</p>
<p><b>Tamizaje de HPV</b></p>	<p>Presencia de genotipo de HPV de alto riesgo detectado por PCR en tiempo real</p>		<p>Alto</p> <p>Negativo</p>	

<b>Genotipificación HPV</b>	Tipo de HPV de alto riesgo específico que presenta la mujer en estudio arrojado en test de PCR en tiempo real		HPV 16 HPV 18 HPV 31 HPV 33 HPV 45	
---------------------------------	---	--	--	--

**OBJETIVO 2:** Identificar las características sociales: estado civil, infidelidad, nivel educacional, previsión de salud, ingreso per cápita y acceso a la atención primaria de salud que presentan las mujeres con PAP alterado derivadas a la UPC del Hospital Carlos Van Buren.

Nombre de la variable	Definición	Dimensión	Indicador	Sub-indicador
<b>Estado civil</b>	Situación civil actual de lazos afectivos de la mujer en estudio		Soltera Casada Conviviente Divorciada Separada Viuda	
<b>Infidelidad</b>	Número de relaciones externas por parte de la mujer en estudio y de su pareja actual o anteriores	Pareja(s) de la mujer en estudio	No contesta Si	1 vez 2 veces 3 veces 4 o más veces

		Mujer en estudio	No Si    No	1 vez  2 veces  3 veces  4 o más veces
<b>Nivel Educativo</b>	Estudios educativos cursados por la mujer al momento de la investigación		Sin estudios  Básica  Media  Técnico  Universitario	Completa Incompleta  Completa Incompleta  Completa Incompleta  Completa Incompleta



<b>Medio de acceso a la atención primaria de salud</b>	Forma por la cual la mujer en estudio accede a la atención primaria en relación al tiempo y al medio de transporte.	Tiempo	0 - 15 minutos (0)	Fácil Acceso 0 Puntos
			16 - 30 minutos (1)	
			30 a más minutos (2)	
		Medio de transporte	Caminando (0)	Moderado Acceso 1 - 2 Puntos
			1 Locomoción (1)	Difícil Acceso 3 - 4 Puntos
			2 o más locomociones (2)	
	Buses Interurbanos (3)			

**Objetivo 3:** Describir las medidas de autocuidado: adherencia al servicio de APS, adherencia a examen de PAP, número de parejas sexuales, uso de preservativo, motivo del uso del preservativo masculino, motivo del no uso del preservativo masculino, método anticonceptivo, higiene genital, elementos higiénicos genitales, consumo de tabaco, edad de inicio del consumo de tabaco, consumo de alcohol y edad de inicio del consumo de alcohol que presentan las mujeres con PAP alterado derivadas a la UPC del Hospital Carlos Van Buren.

Nombre de la variable	Definición	Dimensión	Indicador	Sub-indicador
<b>Adherencia al servicio de APS</b>	Frecuencia habitual de asistencia a los controles ginecológicos por la mujer en estudio en atención primaria de salud, antes de la pesquisa de PAP alterado.		Control Prenatal 2 a 3 años Anualmente Menos de 6 meses Solo si tiene molestias Nunca	
<b>Adherencia a examen de PAP</b>	Frecuencia a la toma de PAP de la mujer en estudio, antes de la pesquisa		Cada 6 meses Anualmente	

	del PAP alterado.		<p>Cada 2 a 3 años</p> <p>Cada 6 años y mas</p> <p>Solo si tiene molestias</p> <p>Nunca</p>	
<b>Número de parejas sexuales</b>	Número de personas con las que ha tenido al menos una vez una relación sexual penetrativa la mujer hasta el momento del estudio		<p>1 – 2</p> <p>3 – 4</p> <p>5 – 6</p> <p>7– 8</p> <p>9 o más</p>	
<b>Uso de preservativo</b>	Utilización de preservativo masculino por la pareja en el acto sexual antes del estudio		<p>Nunca</p> <p>A veces</p> <p>Siempre</p>	

<b>Motivo del uso del preservativo masculino.</b>	Causa por la cual la mujer en estudio utiliza el preservativo masculino durante el acto sexual		Protección de ITS  Protección de embarazo  Otros	
<b>Motivo por el no uso del preservativo masculino</b>	Causa por la cual la mujer en estudio no utiliza el preservativo masculino durante el acto sexual		Por irritación  No es deseado por la pareja  Incomodidad  Uso de otros MAC  Sin pareja actual  Pareja estable  No posee en el momento  Otros	

<p><b>Método anticonceptivo</b></p>	<p>Sustancia, elemento o intervención contraceptiva que utiliza la mujer en estudio al momento del PAP alterado</p>		<p>No utiliza</p> <p>Pastillas Anticonceptiva combinadas</p> <p>Pastillas anticonceptiva progesterona</p> <p>Anticonceptivo inyectable</p> <p>Dispositivo intrauterino</p> <p>Preservativo</p> <p>Salpingoligaduras</p> <p>Histerectomía</p>	
<p><b>Higiene genital</b></p>	<p>Número de veces a la semana que la mujer en estudio se realiza aseo genital</p>		<p>No se realiza</p> <p>Se realiza</p>	<p>1-7 veces por semana</p> <p>8-14 veces por semana</p> <p>15-21 veces por semana</p>

				22-28 veces por semana.
<b>Elementos Higiénicos genitales</b>	Elementos con que la mujer en estudio se realiza el aseo genital		Solo Agua Agua y jabón	
<b>Consumo de Tabaco</b>	Consumo en promedio diario de tabaco por las mujeres antes de la toma del PAP		No consume Ocasional Consume	1-5 cigarrillos 6-10 cigarrillos 11-15 cigarrillos 16-20 cigarrillos Más de 20 cigarrillos

<b>Edad de inicio de consumo de Tabaco</b>	Número de años de la mujer en estudio al momento de inicio del consumo de tabaco		No consume Menos de 10 años 10-14 años 15-19 años 20-24 años 25 y más	
<b>Consumo de Alcohol</b>	Ingesta de Alcohol de la mujer en estudio antes del PAP alterado		Nunca 1 vez al mes 2 a 4 veces al mes 2 o más veces a la semana	
<b>Edad de inicio de consumo de Alcohol</b>	Número de años de la mujer en estudio al momento de inicio del consumo de alcohol		No consume 10-14 años 15-19 años 20-24 años 25 y más	

## ANEXO N°5: MÉTODO

### ANEXO N°5.1: CARTA DEL COMITÉ CIENTIFICO HOSPITAL CARLOS VAN BUREN



**COMITE CIENTIFICO  
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN**

Valparaíso 31 enero 2012.

Dra.  
Claudia Cartagena Salinas  
Encargada Sección Investigación  
Oficina de Gestión Docente  
Hospital Carlos Van Buren  
Presente

Tenemos el agrado de saludar e informar a Ud. que en reunión del Comité Científico del día de hoy, hemos aprobado el estudio titulado **"Identificación de los genotipos de virus papiloma humano (VPH) de alto riesgo en mujeres que se atienden en la Unidad de Patología Cervical del hospital Carlos van Buren, a realizar por la Srta. Cindy Peña M, Bioquímico del Laboratorio de Virología de la Universidad de Valparaíso..**

Saluda atentamente a Ud.

  
**Dr. Juan Pablo Gigoux**  
Presidente (s) Comité Científico  
Hospital Carlos Van Buren



Ref: Memo N° 11  
23.01.2012

---

SAN IGNACIO 725 - TELEFONO 25 40 74 - ANEXOS : 533 - 260 - FAX : 59 69 80 - VALPARAISO

## ANEXO N°5.2: ENTREVISTA ESTRUCTURADA



Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Escuela de Obstetricia y Puericultura



### Entrevista Estructurada

#### Indicaciones

- ◆ Lea atentamente las siguientes preguntas.
- ◆ Es de suma importancia que usted responda con la mayor sinceridad, ya que la información recolectada será utilizada para estudios con fines científicos.
- ◆ La información que usted entregará será **CONFIDENCIAL**.

*¡Gracias por su colaboración!*

1.- Nombre: \_\_\_\_\_ Sujeto: \_\_\_\_ N° Ficha 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.- Edad: 

Años
------

3.- Previsión:

FONASA				ISAPRE	
A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

4.- Estado Civil:

Soltera <input type="checkbox"/>	Casada <input type="checkbox"/>	Conviviente <input type="checkbox"/>
Divorciada <input type="checkbox"/>	Separada <input type="checkbox"/>	Viuda <input type="checkbox"/>

5.- Nivel Educacional:

Sin estudios <input type="checkbox"/>	<b>Básica</b>	<b>Media</b>	<b>Técnico</b>	<b>Universitario</b>
	Completa <input type="checkbox"/>	Completa <input type="checkbox"/>	Completa <input type="checkbox"/>	Completa <input type="checkbox"/>
	Incompleta <input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>

6.- ¿Cuántas personas habitan en su hogar incluida usted? 

Persona (s)
-------------

7.- ¿Cuál es la suma total de ingresos de los miembros del hogar? 

\$
No Sabe <input type="checkbox"/>

8.- ¿Usted ha estado embarazada? Si su respuesta es NO dirigirse a la pregunta nº 12.

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

9.- ¿A qué edad fue su primer embarazo?  Años

10.- ¿Cuántos hijo (s) ha tenido? 

Vivos <input type="checkbox"/>	Fallecidos <input type="checkbox"/>
--------------------------------	-------------------------------------

11.- ¿Cuál o cuáles fueron las vías de parto? Especificar con cantidad. Puede elegir más de una opción.

Tipo de vía	Vaginal-Cesárea	Vaginal	Cesárea
Cantidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.- ¿A qué edad fue su primera relación sexual?  Años

13.- ¿Con cuántas personas ha tenido alguna relación sexual (al menos una vez) durante su vida?

 Persona (s)

14.- ¿Usted se ha enterado de alguna infidelidad de su pareja actual o de parejas anteriores?

SI <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Veces
NO <input type="checkbox"/>	

15.- ¿Usted ha sido infiel en alguna relación actual o anterior?

SI <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Veces
NO <input type="checkbox"/>	

16.- ¿Qué método anticonceptivo (s) utiliza usted? Se puede marcar más de una.

No utiliza <input type="checkbox"/>	Pastillas Anticonceptiva <input type="checkbox"/> ¿Cuál? : _____	Anticonceptivo Inyectable <input type="checkbox"/> ¿Cuál? : _____	Dispositivo Intrauterino <input type="checkbox"/>	Preservativo <input type="checkbox"/>	Otros: _____
-------------------------------------	--	---	---	---------------------------------------	-----------------

17.- ¿Con qué frecuencia utiliza el preservativo masculino en la relación sexual? Si la respuesta es NUNCA, vaya a la pregunta 19. Si es SIEMPRE, NO responder la pregunta 19.

Nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

18.- ¿Cuál es el motivo por el que utiliza el preservativo masculino? Se puede marcar más de una, en orden preferencial.

Protección de Infección de Transmisión Sexual <input type="checkbox"/>	Prevención de Embarazo <input type="checkbox"/>	Otros : _____
--	---	------------------

19.- ¿Cuál es el motivo por el que no utiliza el preservativo masculino?

Irritación <input type="checkbox"/>	Olvido <input type="checkbox"/>	No es deseado por la pareja <input type="checkbox"/>	Incomodidad <input type="checkbox"/>	Otros: _____
-------------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	-----------------

20.- ¿Cuántas veces al día usted se realiza su aseo genital?

Veces
-------

21.- ¿Esto es constante en toda la semana?

		<b>Frecuencia Semanal</b>
<b>SI</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22.- ¿Con qué se realiza su Aseo Genital?

Solo Agua <input type="checkbox"/>	Agua y jabón <input type="checkbox"/>	Toallas húmedas intimas <input type="checkbox"/>	Otros: _____
------------------------------------	---------------------------------------	--	-----------------

**23.- ¿Cuál es su frecuencia habitual a los controles ginecológicos en su CESFAM o Consultorio antes del PAP Alterado?**

Anualmente <input type="checkbox"/>	cada 2 a 3 años <input type="checkbox"/>	Solo si tiene molestias <input type="checkbox"/>	Control Prenatal <input type="checkbox"/>	Otros: _____
-------------------------------------	--	--	---	--------------

**24.- ¿Cada cuánto tiempo usted se tomaba el PAP ante del diagnóstico del PAP alterado?**

Anualmente <input type="checkbox"/>	cada 2 a 3 años <input type="checkbox"/>	Solo si tiene molestias <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	Otros: _____
-------------------------------------	--	--	--------------------------------	--------------

**25.- ¿Cuál es el medio por el cual llega a su consultorio o CESFAM?**

Caminando <input type="checkbox"/>	1 Locomoción <input type="checkbox"/>	2 o más locomociones <input type="checkbox"/>	Buses interurbanos <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---------------------------------------	---	---

**26.- ¿Cuántos minutos se demora usted en llegar a su consultorio desde su hogar?**

0-15 minutos <input type="checkbox"/>	16-30 minutos <input type="checkbox"/>	30 a más minutos <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--	---

**27.- ¿Usted anteriormente al PAP alterado, ha presentado alguna Infección de transmisión sexual (ITS)?**

No ha presentado <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>	<b>Si ha presentado</b>					
		Sífilis <input type="checkbox"/>	Gonorrea <input type="checkbox"/>	Condilomas <input type="checkbox"/>	VIH <input type="checkbox"/>	Herpes <input type="checkbox"/>	Chlamydia <input type="checkbox"/>

28.- ¿Usted consumía tabaco antes del PAP alterado? ¿Cuántos cigarrillos consumía al día?

No Consumía		<input type="checkbox"/>
Ocasional		<input type="checkbox"/>
Consumía	1 – 5 Cigarrillos	<input type="checkbox"/>
	6 – 10 Cigarrillos	<input type="checkbox"/>
	11 – 15 Cigarrillos	<input type="checkbox"/>
	16 – 20 Cigarrillos	<input type="checkbox"/>
	Más de 20 Cigarrillos	<input type="checkbox"/>

29.- ¿A qué edad usted inicio el consumo de tabaco?

Años
------

30.- ¿Usted consumía alcohol antes del PAP alterado? ¿Cuál era la frecuencia de su consumo?

Nunca <input type="checkbox"/>	1 vez al mes <input type="checkbox"/>	2 a 4 veces al mes <input type="checkbox"/>	2 o más veces a la semana <input type="checkbox"/>
--------------------------------	---------------------------------------	---	--

31.- ¿A qué edad usted inició el consumo de alcohol?

Años
------

**Respecto al HPV**

32.- Clasificación HPV según riesgo:

Alto <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-----------------------------------

33.- Genotipificación del HPV de alto riesgo:

HPV 16 <input type="checkbox"/>	HPV 18 <input type="checkbox"/>	HPV 31 <input type="checkbox"/>	HPV 33 <input type="checkbox"/>	HPV 45 <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

### ANEXO N°5.3: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a mujeres que son derivadas a la unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren que tienen diagnóstico de Papanicolau positivo y que son invitadas a participar de este estudio.

<b>Título del estudio:</b>	“Identificación de los genotipos de Virus papiloma Humano (HPV) de alto riesgo en mujeres que se atienden en la Unidad de patología cervical del Hospital Carlos Van Buren”
<b>Fecha de la Versión del formulario de consentimiento informado y número:</b>	28 - enero de 2013- Versión final 2
<b>Investigador:</b>	BQ. Cindy Peña Moreno Fono: 2507371 // 88805510
<b>Institución:</b>	Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Hontaneda n°2653, piso 3. Valparaíso, Chile. Hospital Carlos Van Buren, San Ignacio, Valparaíso

#### **Información general del estudio**

Este estudio invita a aquellas pacientes que han tenido un diagnóstico de Papanicolau positivo a que se les realice a través de un examen, la detección de virus papiloma humano, buscando además la presencia de algunos tipos de virus de papiloma de alto riesgo. Usted puede consultar a su familia o amigos si desea participar antes de responder.

El Papanicolau o citología del cuello del útero (PAP), es un examen cuyo fin es poder detectar células con alteraciones en el cuello del útero. Si su resultado es positivo, significa que existe una lesión en el cuello uterino, la cual puede ser leve, moderada o grave, que si se trata a tiempo disminuye el riesgo de degenerar en cáncer cervicouterino. Un resultado positivo en el examen de Papanicolau puede deberse a varias causas, entre ellas una de las más importantes es la infección por virus de papiloma humano, entre los que se distinguen los de bajo riesgo y alto riesgo de producir cáncer cervicouterino.

#### **Propósito del Estudio**

Este presente estudio tiene por objetivo buscar la presencia de algunos tipos de virus de papiloma humano de alto riesgo en muestras cervicales de mujeres con examen de papanicolau positivo atendidas en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

Las muestras de las pacientes serán analizadas en el laboratorio de Virología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o rechazar la participación. Tanto si elige participar o no, continuará con el



curso normal de todos los servicios que reciba en el hospital. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado anteriormente.

### **Procedimientos del estudio**

Si usted acepta participar en el estudio, debe responder un par de preguntas que serán entregadas a las matrona del estudio en un sobre que posteriormente deben ser sellado.

Luego el ginecólogo le tomara una muestra de manera similar a la que se utilizo al tomar el PAP. Estas muestras serán en enviadas al laboratorio de virología de la Escuela de medicina para ser analizadas. Una vez obtenidos los resultados, serán entregados al médico tratante, quien se los entrega a usted en su próximo control o antes si él, lo estima necesario. Las medidas a tomar de acuerdo al resultado obtenido dependen exclusivamente del médico tratante.

Las muestras obtenidas permanecerán en el laboratorio hasta obtener el resultado (plazo máximo un mes). Las que posteriormente, serán inmediatamente eliminadas de acuerdo a procedimientos locales del laboratorio de virología.

### **Duración**

Su participación en este estudio considera dos o tres visitadas al médico lo que significa un tiempo aproximado de tres meses. La duración total del estudio corresponde a un tiempo de seis meses, tiempo durante el cual se espera que participen un total de 50 mujeres.

### **Posibles Riesgos**

La toma de las muestras cervicales es un procedimiento de rutina en ginecología, será realizada por el ginecólogo en la misma unidad de patología cervical del hospital de acuerdo a protocolos correspondientes para este tipo de procedimientos. El procedimiento no produce dolor y a veces puede sentirse una leve molestia al realizar al procedimiento, no representando riesgo alguno para la salud.

### **Beneficios de participar en el estudio**

Si usted acepta participar, sigue teniendo los beneficios de plan GES según etapa de la enfermedad y dependiendo de los resultados del screening de HPV, usted tendrá la clasificación y tipificación de este, con lo cual usted continuará en control en forma exhaustiva con médico tratante.

La información obtenida en este estudio aportara en el conocimiento acerca del virus papiloma humano en nuestra zona y podría ayudarnos en un futuro a fortalecer las campañas de prevención de las enfermedad de transmisión sexual en nuestra región.

### **Participación voluntaria en el estudio y derecho a retirarse del estudio**

En el caso de que usted no quisiera participara en esta investigación o si acepta y luego quisiera retirarse, no le afectara en ninguna en los beneficios que el plan GES y que este hospital le otorgara para el tratamiento de la enfermedad.



### **Gastos y compensación**

Usted no tendrá que incurrir en gasto por participar en el estudio. Todos los procedimientos serán financiados por la Unidad de patología cervical del hospital Carlos Van Buren y el laboratorio de virología de Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

No recibirá compensación económica por participar en esta investigación, ni tendrá que incurrir en gastos de traslados adicionales a las citaciones medicas habituales del hospital.

En este estudio el investigador no recibe pago alguno por investigar pacientes.

### **Confidencialidad**

Sólo el investigador principal, y los investigadores adjuntos sabrán que usted está participando en el estudio. Los registros que se hagan serán identificándolo con un código o numero y tanto la información obtenida como los datos personales que aquí se obtengan serán tratados con estricta confidencialidad.

Los resultados obtenidos en este estudio pueden ser presentados en Congreso y/o publicados en revistas científicas, en donde usted no será ningún caso identificándolo por su nombre, pues los datos serán anonimizados. Estas medidas deben ser consideradas dado que los investigadores participantes de este estudio respetan la normativa actual vigente para investigaciones en seres humanos, ley 20.120, ley de Derechos y Deberes en Salud 20.584.

### **Personas a contactar**

Durante este estudio, si tuviera alguna duda acerca del estudio o sus derechos como sujeto de investigación, puede comunicarse con la secretaria ejecutiva del Comité Ético Científica Servicio de Salud Valparaíso -San Antonio Sra. Viviana Ampuero. Fono: 2576564 en horario de lunes a viernes de 08:00 a 17:00 hrs.

Si tuviera alguna duda de carácter medico o asociado al estudio o siente que ha sufrido un daño o perjuicio como resultado de haber formado parte del estudio, debe contactar a:

Dr. Harald Riesle R, Unidad de patología cervical, Hospital Calos Van Buren, hrieslen@gmail.com

Matrona Claudia Gutiérrez M. Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso, claudia.gutierrez@uv.cl

BQ. Cindy Peña M. Fono: 2507460, Laboratorio de virología. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. virologiauv@gmail.com

BQ. Ximena Collao F. Fono 2507460, Laboratorio de virología, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de evaluación ético científica del Servicio de salud Valparaíso- San Antonio.



**Declaración de consentimiento del participante**

Antes de firmar este formulario de consentimiento, sírvase plantear cualquier pregunta acerca de alguna parte de este estudio que no le resulte clara. Al firmar a continuación, está documentando que he leído la información entregada en este documento, que comprende la información y los riesgos, y que está de acuerdo en formar parte de este estudio. También está documentado que ha sido brindado el tiempo suficiente para plantear preguntas acerca del estudio y que las respuestas le fueron dadas a su entera satisfacción. Al firmar este documento está dando permiso para revisar, divulgar y utilizar su información confidencial según se describe más arriba. Al firmar este consentimiento, no está renunciando a ninguno de sus derechos legales.

Estudio: "Identificación de genotipos de virus de papiloma humano (HPV) de alto riesgo en mujeres que se atienden en la Unidad de patología cervical del Hospital Carlos Van Buren"

**Firma del Consentimiento**

Yo (Nombre y Apellido).....Rut:.....

..... Teléfono(s):...../.....

Firma

Fecha

**Nombre del Investigador:** .....

.....

Firma

Fecha

**Nombre del testigo(s):**

Mta. Margarita Candia .....

Firma

Mta. Gabriela Alcota .....

Firma



## ANEXO N°6: OTROS RESULTADOS

**TABLA N°17: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN NÚMEROS DE AÑOS CUMPLIDOS POR LAS MUJERES AL MOMENTO DE SU PRIMER PARTO, AÑO 2013**  
(n=50)

<b>Edad (Años)</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
Nulípara	<b>7</b>	<b>14</b>
10-15	<b>5</b>	<b>10</b>
16-20	<b>25</b>	<b>50</b>
21-25	<b>10</b>	<b>20</b>
26-30	<b>3</b>	<b>6</b>
Total	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

El 50% de la población en estudio tuvo su primer parto entre las edades de 16 a 20 años, mientras un 6% ha tenido su parto entre las edades de 26 a 30 años.

**TABLA N°18: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN VÍA DE PARTO, AÑO 2013**  
(n=50)

<b>Vía del parto</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
Ninguno	<b>7</b>	<b>14</b>
Vaginal	<b>29</b>	<b>58</b>
Cesárea	<b>5</b>	<b>10</b>
Vaginal - Cesárea	<b>9</b>	<b>18</b>
Total	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

El 58% de las vías de nacimiento de los hijos de las mujeres con PAP alterado corresponde a la vía vaginal, el 18% tuvo a sus hijos por vía vaginal - cesárea y el 10% solo cesárea, mientras que un 14% no ha tenido hijos.

**TABLA N°19: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN NÚMERO DE  
RELACIONES EXTRAMARITALES POR PARTE DE LAS PAREJAS  
ANTERIORES O ACTUAL DE LAS MUJERES, AÑO 2013  
(n=50)**

<b>N° Infidelidades de las parejas</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
No contesta	<b>4</b>	<b>8</b>
0	<b>16</b>	<b>32</b>
1	<b>11</b>	<b>22</b>
2	<b>7</b>	<b>14</b>
3	<b>6</b>	<b>12</b>
4 y más	<b>6</b>	<b>12</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

Al 32% de las mujeres con PAP alterado nunca le han sido infiel, al 22% le fueron infiel 1 sola vez, el 14% le han sido infiel 2 veces y en igual porcentaje con un 12% se encuentran las mujeres a las que les han sido infiel 3 o más veces.

**TABLA N°20: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN NÚMERO DE RELACIONES EXTRAMARITALES POR PARTE DE LAS MUJERES, AÑO 2013**  
(n=50)

<b>N° de Infidelidades de la mujer en estudio</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
0	<b>37</b>	<b>72</b>
1	<b>8</b>	<b>18</b>
2	<b>2</b>	<b>4</b>
3	<b>1</b>	<b>2</b>
4 y más	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

El 72% de las mujeres con PAP alterado refieren que nunca han sido infieles, el 18% han sido infiel 1 sola vez, mientras que el 10% han sido infieles 2 o más veces.

**TABLA N°21: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN INGRESO PER-CÁPITA DE LAS MUJERES, AÑO 2013**  
(n=50)

<b>Ingreso Per-cápita</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
No sabe	<b>4</b>	<b>8</b>
Quintil I	<b>15</b>	<b>30</b>
Quintil II	<b>12</b>	<b>24</b>
Quintil III	<b>10</b>	<b>20</b>
Quintil IV	<b>8</b>	<b>16</b>
Quintil V	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

Según el ingreso per - cápita de las mujeres encuestadas el 30% pertenece al quintil I, siguiendo con un 24% para el quintil II, con un 20% para el quintil III y 16% para el quintil IV. Un 2% pertenece al quintil V y un 8% no sabe.

**TABLA N° 22: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN TIEMPO QUE DEMORAN LAS MUJERES EN LLEGAR A LA ATENCIÓN PRIMARIA, AÑO 2013**  
(n=50)

<b>Tiempo (minutos)</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
0-15	<b>28</b>	<b>56</b>
16-30	<b>17</b>	<b>34</b>
31 o más	<b>5</b>	<b>10</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

El 56% de la población demora hasta 15 minutos en llegar a su consultorio más cercano. Un 34% demora desde 16 a 30 minutos y solo un 10% lo hace en 31 minutos o más.

**TABLA N° 23: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN MEDIO DE TRANSPORTE POR EL CUAL LLEGAN LAS MUJERES A LA ATENCIÓN PRIMARIA, AÑO 2013**  
(n=50)

<b>Medio de transporte</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
Caminando	<b>11</b>	<b>22</b>
1 Locomoción	<b>33</b>	<b>66</b>
2 o más locomociones	<b>6</b>	<b>12</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

El 66% de las mujeres llegan a su consultorio por medio de 1 locomoción. El 22% lo hace caminando y el 12% teniendo que utilizar 2 o más locomociones.

**TABLA N° 24: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN NIVEL DE ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LAS MUJERES, AÑO 2013 (n=50)**

<b>Acceso</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
Fácil acceso	<b>9</b>	<b>18</b>
Moderado acceso	<b>34</b>	<b>68</b>
Difícil acceso	<b>7</b>	<b>14</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

Un 62% de las mujeres cuentan con un moderado acceso a la atención primaria de salud (1 locomoción y demoran entre 15 minutos a media hora).

Un 18% cuenta con un fácil acceso a la APS (llegan caminando y demoran menos de 15 minutos).

Un 14% tiene un difícil acceso a la APS (debe tomar 2 o más locomociones y demora más de 30 minutos en llegar).

**TABLA N° 25: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN UTILIZACIÓN DE PRESERVATIVO MASCULINO EN LOS ACTOS SEXUALES, AÑO 2013 (n=50)**

<b>Uso de preservativo</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
Nunca o a veces	<b>38</b>	<b>90</b>
Siempre	<b>5</b>	<b>10</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

Un 90% de las mujeres nunca o a veces utiliza preservativo en sus relaciones sexuales, el 10% prefiere utilizarlo siempre.

**TABLA N° 26: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN MOTIVO PRINCIPAL PARA EL USO DEL PRESERVATIVO, AÑO 2013**

**(n=5)**

<b>Motivo del uso del preservativo masculino</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
Protección de ITS	<b>2</b>	<b>40</b>
Protección de embarazo	<b>3</b>	<b>60</b>
Total	<b>5</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

Un 40% de las mujeres encuestadas refiere que el principal motivo para utilizar el preservativo es la protección contra Infecciones de Transmisión Sexual, mientras que el 60% indica que lo utilizan por protección de embarazo.

**TABLA N° 27: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZAN LAS MUJERES, AÑO 2013**  
(n=50)

<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
No utiliza	<b>17</b>	<b>34</b>
ACO Combinado	<b>16</b>	<b>32</b>
ACO Progestágeno	<b>1</b>	<b>2</b>
Anticonceptivo inyectable	<b>4</b>	<b>8</b>
Dispositivo intrauterino	<b>3</b>	<b>6</b>
Preservativo	<b>4</b>	<b>8</b>
Salpingoligadura	<b>4</b>	<b>8</b>
Histerectomía	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

El 34% de las mujeres encuestadas refieren no utilizar ningún método anticonceptivo, un 32% utiliza ACO combinados, un 8% utiliza el anticonceptivo inyectable, de igual manera un 8% cada uno, recurre a la salpingoligaduras y al preservativo como método anticonceptivo. Un 6% utiliza el dispositivo intrauterino.

**TABLA N° 28: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN NÚMERO DE ASEOS GENITALES SEMANALES QUE SE REALIZAN LAS MUJERES, AÑO 2013 (n=50)**

Higiene genital	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
1-7 veces	7	14
8-14 veces	32	64
15-21 veces	8	16
22-28 veces	3	6
Total	50	100

(FUENTE: UPC, HCVB)

Un 64% de las mujeres encuestadas se realiza 8 a 14 veces a la semana aseo genital (2 veces al día), el 16% lo hace de 15 a 21 veces a la semana (3 veces al día aproximadamente).

El 14% se realiza de 1 a 7 aseos semanales (1 diario). Un 6% de las mujeres se realiza de 22 a 28 aseos semanales (4 veces al día aproximadamente).

**TABLA N° 28: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA REALIZACIÓN DEL ASEO GENITAL, AÑO 2013 (n=50)**

Elementos Higiénicos genitales	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Solo Agua	19	38
Agua y jabón	31	62
Total	50	100

(FUENTE: UPC, HCVB)

Un 62% de las mujeres encuestadas indican que se realizan sus aseos genitales con agua y jabón, el 38% restante solo se los realiza con agua.

**TABLA N° 29: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN ANTECEDENTE DE CONSUMO DE TABACO DE LAS MUJERES, AÑO 2013**  
(n=50)

<b>Consumo de Tabaco</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
No consume	<b>20</b>	<b>40</b>
Consume	<b>30</b>	<b>60</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

Un 60% de las mujeres refiere consumir tabaco, el 40% restante no consume.

**TABLA N° 30: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES AL INICIO DE SU CONSUMO DE TABACO, AÑO 2013**  
(n=50)

<b>Edad de inicio de consumo de Tabaco (Años)</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
No consume	<b>20</b>	<b>40</b>
Menos de 10	<b>2</b>	<b>4</b>
10-14	<b>6</b>	<b>12</b>
15-19	<b>13</b>	<b>26</b>
20-24	<b>6</b>	<b>12</b>
25 y más	<b>3</b>	<b>6</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

El 26% de las mujeres encuestadas inició el consumo de tabaco entre las edades de 15-19 años. Con un porcentaje igual, de 12% entre las edades de 10-14 y 20-24 años, un 6% en la edades de 25 y más, mientras que, un 4% inició su consumo de tabaco menor a los 10 años de edad.

**TABLA N° 31: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN ANTECEDENTE DE CONSUMO DE ALCOHOL DE LAS MUJERES, AÑO 2013**

**(n=50)**

<b>Consumo de Alcohol</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
No consume	<b>20</b>	<b>40</b>
Consume	<b>30</b>	<b>60</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

Un 60% de las mujeres encuestadas refiere consumir alcohol, mientras que un 40% no consume alcohol.

**TABLA N° 32: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES AL INICIO DE SU CONSUMO DE ALCOHOL, AÑO 2013**

**(n=50)**

<b>Consumo de Alcohol</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia %</b>
No consume	<b>20</b>	<b>40</b>
10-14	<b>2</b>	<b>4</b>
15-19	<b>11</b>	<b>22</b>
20-24	<b>11</b>	<b>22</b>
25 y más	<b>6</b>	<b>12</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

(FUENTE: UPC, HCVB)

El 22% inició el consumo de alcohol entre las edades de 15-19 años, de la misma manera con un 22% inicio del consumo entre los 20-24 años, un 12% a los 25 años o más, mientras un 4% inició su consumo entre las edades de 10-14 años.