



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua



Maestría en Epidemiología

2016-2018

Informe final de tesis para optar al título
de Máster en Epidemiología

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE VIRUS
DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN MUJERES SEXUALMENTE
ACTIVAS, USUARIAS DE CLÍNICA ESTRADA, MUNICIPIO DE EL
PARAÍSO, EL PARAÍSO, HONDURAS, AÑO 2017

Autora:

Nubia Esmeralda Sosa Aparicio

Licenciada en Enfermería

Tutor:

MSc. Francisco Mayorga Marín

Docente investigador

Managua, Nicaragua, Julio 2018

INDICE

RESUMEN	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
I. INTRODUCCIÓN	6
II. ANTECEDENTES	7
III. JUSTIFICACIÓN	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
V. OBJETIVO	10
VI. MARCO TEÓRICO	11
VII. DISEÑO METOLOGICO	21
VIII. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS	24
IX. CONCLUSIONES	33
X. RECOMENDACIONES	34
XI. BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXOS	38

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la presencia de virus del papiloma humano (VPH) en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, Municipio de El Paraíso, El Paraíso, Honduras, año 2017.

Diseño: Estudio transversal, analítico, retrospectivo que se realizó en la clínica Estrada en el departamento de El paraíso Honduras, se revisaron 68 historias clínicas de pacientes que se realizaron el examen para detección del Virus de Papiloma Humano y pruebas de inspección ácido acético (IVAA); el análisis de datos se realizó en microsoft excel y en el paquete estadístico SPSS versión 23.0; se usó medidas de tendencia central y de dispersión, se calculó el valor de chi cuadrado con un 95% de confianza y la prueba T student.

Resultados: La prevalencia de VPH en mujeres sexualmente activas fue de 60.2%positivas y un 39.7% negativas; de procedencia en el área urbana con el 53,7% y 46,3% para la rural; en mujeres casadas un 41,5% positivas; con ITS previa un 84,6%; con citologías previas 80,5%.

Conclusiones: La presencia del VPH en mujeres sexualmente activas en Honduras es realmente alarmante, ya que el cáncer cervicouterino es uno de los principales causantes de muerte en el país y este es causado principalmente por dicho virus y se asocia en este estudio con una infección de transmisión sexual previa.

Palabras clave: VPH, Factores de riesgo, Honduras.

DEDICATORIA

Durante este tiempo, buenos y malos momentos ayudaron a fortalecer mi carácter, me brindaron una perspectiva de la vida mucho más amplia y me han enseñado a ser más cautelosa, pero sin dejar de ser auténtica.

Lo que llevo de vida ha requerido sacrificios, voluntad y disciplina, vivencias y responsabilidades que enfrenté a pesar de todo percance. Pero los verdaderos pilares que sostuvieron con fuerza mi mirada hacia el horizonte, almas maestras, personas que se involucraron en mi devenir, en mis decisiones, en mi aprendizaje y contribuyeron sin condiciones ni precio, con mis logros, con mis virtudes, con mis pasiones... A ustedes les dedico, no sólo éste trabajo sino también cada bendición que recibo; papi, mami, hermanos, a ti amor por todo el apoyo que me diste en este proceso para poder lograr esta meta y a ti hijo que eres mi más grande logro.

Nubia Esmeralda Sosa Aparicio

AGRADECIMIENTO

En estas líneas quisiera agradecer a todas las personas que hicieron posible el sueño de mi vida sobre todo a Dios que me dio la sabiduría y la dedicación, a mis padres, mis compañeras de trabajo quienes me ayudaron en la decisión del tema de tesis, a mis hermanas por su apoyo durante todo este tiempo, a mis amigas por sus aportaciones y consejos.

Un especial reconocimiento al MSc. Francisco Mayorga quien fue el tutor de esta investigación, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continua de la misma, pero agradezco sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de la realización del proyecto.

Y de manera muy especial a mi compañero de vida por su comprensión y paciencia.

A todos ellos mis más sinceros agradecimientos.

Nubia Esmeralda Sosa Aparicio

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna, que se caracteriza por una marcada atipia celular, crecimiento celular desordenado y autónomo, así como, invasión del tejido subyacente y la producción de metástasis a distancia, es la lesión maligna del aparato genital femenino más frecuente en América Latina y el Caribe. Se calcula que cada año se presentan alrededor de 68,000 casos nuevos de este cáncer sólo en la región de Las Américas, la gran mayoría diagnosticados en la etapa reproductiva. En algunos países en desarrollo, que tienen datos sobre la incidencia y/o mortalidad, se ha registrado una tendencia estable o descendente en la incidencia de cáncer cérvico-uterino, más debido a los cambios socio-demográficos que a los esfuerzos de detección temprana o la prevención (Cárdenas, 2017)

Dentro del programa de detección precoz del cáncer cérvico-uterino, en Honduras, se realiza la citología cervical a las mujeres con vida sexual activa, sin embargo, en este programa no se incluye la detección de VPH. La información epidemiológica sobre la infección por VPH en las lesiones intraepiteliales cervicales y la presencia de genotipos oncogénicos en la población femenina, solo se ha estudiado en algunos grupos de riesgo. La información epidemiológica relacionada con la prevalencia de tipos oncogénicos de VPH es esencial para determinar la eficacia de la vacunación en la población femenina, debido a que el uso de la vacunación contra VPH a sido implementada hace poco más de 1 año en la población femenina menor de 12 años como medida preventiva contra el cáncer de cérvix en Honduras.

El objetivo de esta investigación es Determinar los factores de riesgo asociados a la presencia de virus del papiloma humano (VPH) en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, Municipio de El Paraíso, El Paraíso, Honduras, año 2017, con el propósito de aportar información sobre los factores que puedan estar relacionados en el desarrollo de lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado en mujeres sexualmente activas, sobre VPH que por sus antecedentes se conoce como uno de los principales causantes de este tipo de lesiones en el cuello uterino.

II. ANTECEDENTES

Ferlay (2015). El cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más frecuente entre las mujeres en todo el mundo. Se calcula que, en 2012, aproximadamente 528 000 mujeres desarrollaron cáncer de cuello uterino y que 266 000 murieron de la enfermedad. El cáncer de cuello uterino es el cáncer predominante en las mujeres en África oriental, Asia meridional y central y Melanesia, donde el riesgo de una mujer de desarrollar esta enfermedad a la edad de 75 años varía entre el 2,3% y el 3,9%. En muchos países desarrollados la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino escamoso ha descendido de manera significativa durante las últimas décadas como consecuencia de los programas de cribado poblacional.

Arbyn (2011) El 86% de los casos de cáncer de cuello uterino ocurren en los países en desarrollo. Sin embargo, aproximadamente 54 000 y 11 000 casos se informan cada año en Europa y los EE.UU., respectivamente y el método de detección por citología es menos efectivo para prevenir el adenocarcinoma cervical. A diferencia de muchas otras neoplasias malignas, el cáncer de cuello uterino afecta principalmente a mujeres más jóvenes; la edad máxima de incidencia en Honduras actualmente está entre 25 y 29 años.

Moya Salazar (2016) El impacto del VPH y del CCU es inconmensurable para Latinoamérica, lo que exige el desarrollo de políticas públicas e intervenciones preventivas y organizadas.

de Sanjosé S. (1997) El desarrollo de un CaCu, no solo depende de la evolución de la infección por VPH, sino también de las condiciones de salud de la mujer y esto se encuentra establecido por los determinantes sociales de la salud y las diferencias socioeconómicas.

Serman (2002) El riesgo relativo de la asociación entre infección por HPV y neoplasia cervicouterina es de alta magnitud.

(PTO2:2015). El Cáncer de cérvix es el más frecuente de todos los tipos de cáncer atendidos en Hospital san Felipe Honduras con 379/27.1% y el 38% de cáncer en la mujer, el estadio clínico al diagnóstico correspondió el 20.34% In situ, 37.9% local, 22.5% diseminado y un 19% no reportado.

III. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que el problema del cáncer ocupa la segunda causa de muerte, y para el año 2030 será la primera causa de mortalidad a nivel mundial. En Honduras se registra la tasa de incidencia más alta de Centro América, agregado a esto, existen factores socioeconómicos y culturales de un país en vías de desarrollo que generan una mayor morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. La prevención en la lucha contra el cáncer cervico uterino implica eliminar o disminuir los factores de riesgo físico y ambiental, lo que a la vez disminuiría los costos a los que conlleva dicha enfermedad.

La detección temprana por medio de la aplicación de los métodos de detección; principalmente la citología debe promocionarse y una vez realizada al encontrar hallazgos anormales debe ser complementada con estudios como la colposcopia y toma de biopsia para obtener un diagnóstico certero.

El cáncer cervico uterino representa un problema de salud para las mujeres en Honduras, por lo tanto, las estrategias que se tienen como país, deben ser aplicadas en tiempo y forma. Aun y cuando el gobierno hondureño ha hecho avances, el combate para prevenir esta enfermedad requiere de inversión y voluntad política, apoyo de toda la población y así reducir al máximo los factores riesgo.

Tomando en cuenta la incidencia de los casos, se realizó la presente investigación en la clínica Estrada en el municipio de El paraíso para conocer los posibles factores de riesgo asociados a la presencia de virus del papiloma humano (VPH) en mujeres sexualmente activas que acuden a este centro asistencial, pero además este estudio beneficiaría en parte al personal de salud local para tomar consideraciones y realizar un plan de acción para captar nuevas pacientes en etapas tempranas de afectación por el virus y a la población general para ser más conscientes y tomar las medidas preventivas necesarias.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El virus del papiloma humano (VPH) es el principal agente etiológico infeccioso asociado con la patogénesis del cáncer de cuello uterino. Los estudios epidemiológicos de las lesiones premalignas del cuello uterino han demostrado una fuerte asociación entre la práctica sexual y la aparición de tumores malignos. Se indica que las mujeres con múltiples patrones sexuales, embarazos e interrupciones a temprana edad e historias de infecciones, aumentan el riesgo de padecer la enfermedad. (León Cruz, 2005)

Es por esto que es necesario dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la presencia de virus del papiloma humano (VPH) en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, Municipio de El Paraíso, El Paraíso, Honduras, año 2017?

Se derivan las interrogantes específicas:

- 1) ¿Qué factores sociodemográficos están asociados con la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales en las mujeres atendidas en la clínica Estrada?
- 2) ¿Qué factores clínicos se encuentran relacionados con la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales en las mujeres atendidas en la clínica Estrada?
- 3) ¿Qué relación existe entre factores de riesgo reproductivos y de conducta sexual con las lesiones intraepiteliales de bajo grado en mujeres sexualmente activas que asistieron a la clínica Estrada?

V. OBJETIVO

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados a la presencia de virus del papiloma humano (VPH) en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, Municipio de El Paraíso, El Paraíso, Honduras, año 2017.

Objetivos Específicos

- 1) Reconocer factores sociodemográficos asociados con la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales en las mujeres atendidas en la clínica Estrada.
- 2) Relacionar factores clínicos con la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales en las mujeres atendidas en la clínica Estrada.
- 3) Identificar la relación existente entre factores de riesgo reproductivos y de conducta sexual con las lesiones intraepiteliales de bajo grado en mujeres sexualmente activas que asistieron a la clínica Estrada.

VI. MARCO TEÓRICO

Lesiones Intraepiteliales Cervicales

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del 30 y hasta la actualidad y se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares (Sarduy, 2009).

La atipia celular es el fenómeno más distintivo de la NIC, y se localiza en los estratos más bajos en las lesiones intraepitelial grado I, y ocupa poco a poco, más epitelio en los NIC II y NIC III. Se trata de alteraciones reversibles que sin embargo tienden a su agravamiento, es decir, al paso sucesivo desde displasia leve (NIC I) a displasia moderada (NIC II) a displasia severa (NIC III), de esta a *carcinoma in situ* hasta finalmente al cáncer invasor. (Bermejo, 2009) .

El cáncer invasor del cuello uterino es uno de los problemas más grandes de salud pública en América Latina y el Caribe, a pesar de contarse con una tecnología eficaz de prevención secundaria. Es el cáncer más común en las mujeres de la Región y una de las causas de mayor morbilidad y de muerte evitable en la población adulta. La OMS prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones a 22 en las próximas dos décadas.

Mientras que la mortalidad por cáncer de cuello uterino ha disminuido grandemente en los países desarrollados y los distintos estudios indican que ello se debe en gran medida a los programas de detección temprana, este descenso no parece estar sucediendo en la gran mayoría de los países americanos. Los programas actuales de control del cáncer de cuello uterino están basados en la estrategia de la prevención secundaria a través de la citología cervical, técnica de detección temprana que ha sido utilizada en muchos países durante más de treinta años. Para que estos programas sean eficaces deben tener cobertura y calidad apropiada, y estar integrados con el diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz de los casos detectados.

Epidemiología

En la actualidad los científicos de todo el mundo interesados en el estudio del cáncer cérvicouterino, aceptan que su diagnóstico precoz unido con un tratamiento cada vez más conservador, es uno de los problemas de mayor importancia a resolver que permitiría mantener la salud, capacidad reproductiva, laboral y sexual de la mujer de estos tiempos.

La neoplasia intraepitelial cervical y su vinculación con la infección por el virus del papiloma humano precede a la aparición del cáncer de cérvix, por lo que resulta muy importante detectarla y tratarla para evitar su evolución hacia las etapas invasoras.

La evidencia epidemiológica sugiere, desde hace varios años, que el cáncer cervical se comporta como una enfermedad de transmisión sexual por lo que sus factores de riesgo tienden a ser similares a los de este grupo de enfermedades, es decir, el inicio de relaciones a edad temprana, promiscuidad, bajo nivel socioeconómico, paridad, edad del primer parto, inmunosupresión, uso de anticonceptivos orales (ACO), déficit nutricional, tabaquismo y antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) provocadas por virus del herpes simple tipo 2, Chlamydia trachomatis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus del papiloma humano (VPH), este último considerado un potencial cofactor en la génesis del cáncer cervical.

El Hospital San Felipe Centro Nacional de Referencia para Pacientes con Cáncer, reporta durante el periodo de 2012 el diagnóstico de 1,395 tumores malignos, correspondiendo 998/71.5% a mujeres y 397/28.5% a hombres, con una relación mujer/hombre de 2.51. De las mujeres a quienes se les diagnosticó cáncer, el grupo de edad de 40 a 64 años alcanzó el 55%, siendo mayor el porcentaje en el segmento de 50 a 54 años, con un descenso posterior inversamente proporcional a la edad. El Cáncer de cérvix es el más frecuente de todos los tipos de cáncer atendidos en la institución con 379/27.1% y el 38% de cáncer en la mujer, el estadio clínico al diagnóstico correspondió el 20.34% In situ, 37.9% local, 22.5% diseminado y un 19% no reportado. (PTO2:2015)

La citología y la colposcopia se han utilizado a través de los años con el objetivo de diagnosticar las afecciones pre-malignas y malignas del cérvix uterino; sin embargo, el estudio histológico es el que resulta concluyente para poder establecer el

diagnóstico. Este puede realizarse por una biopsia, la conización con bisturí y la que se realiza con asa diatérmica, hoy por hoy, una técnica conservadora de la fertilidad que permite diagnosticar y tratar en el mismo momento.

Según la OPS en Centro América, el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres es el de mama y en segundo lugar el cervicouterino. Honduras, es el país Centro Americano con la tasa de incidencia y mortalidad más alta por estos cánceres.

El tratamiento ideal de la NIC, debe ser un método de fácil ejecución, nula mortalidad, muy baja morbilidad, preservación de la capacidad reproductiva, no mutilante, de bajo costo y excelentes resultados a largo plazo.

Diferentes modalidades han sido empleadas para el tratamiento de las displasias cervicales, algunas más conservadoras que otras desde la primera mitad del siglo pasado. La conización con bisturí, la amputación de cuello y la histerectomía tuvieron su protagonismo en esa época. En años recientes, ha aumentado la concientización mundial acerca de la repercusión del cáncer cervicouterino en la salud y la esperanza de vida de la mujer en los países en desarrollo; cada año las mujeres de esos países representan el 80% de los casos de cáncer cervicouterino y aproximadamente 200.000 muertes en todo el mundo (Ferlay et al., 2001).

La labor de prevención en los países menos desarrollados se está centrando en la ejecución de programas de tamizaje para detectar la NIC, y los programas están buscando métodos eficaces de tratamiento de bajo costo, apropiados para uso en entornos de recursos escasos. Los proveedores y planificadores de programas necesitan información exacta, basada en pruebas científicas, sobre la eficacia, los riesgos y los efectos colaterales previstos a partir de los tratamientos. Las tasas de curación adecuadas y las complicaciones mínimas son cruciales en los países donde el seguimiento de las pacientes puede ser difícil.

Factores de riesgo

Los factores que se asocian y pueden determinar la evolución hacia lesiones intraepiteliales y cáncer están relacionados en gran medida con el comportamiento sexual.

Estos son:

- La edad: Las jóvenes menores de 15 años rara vez desarrollan cáncer de cuello uterino. El riesgo aumenta entre el final de la adolescencia y la mitad de los 30 años de edad. Las mujeres de más de 40 años siguen en riesgo y deben continuar sometiéndose con regularidad a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, que incluyen pruebas de Papanicolaou y de VPH.

- La edad al primer coito antes de los 20 años y especialmente antes de los 18 años, dada la vulnerabilidad del epitelio cervical en esas edades.

- Las infecciones de transmisión sexual como la producida por el virus del herpes simple genital tipo 2 (HSG-2) puede actuar de manera sinérgica en la acción oncogénica del VPH. Otras infecciones han sido consideradas como las producidas por *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas*.

- La promiscuidad sexual de al menos un miembro de la pareja es otro de los factores a considerar, sobre todo cuando no se tiene en cuenta el uso de anticonceptivos de barrera como el condón.

- El papel del varón de riesgo en la transmisión de la infección se atribuye en gran medida al semen. Su fisiopatología está determinada porque al producirse la eyaculación dentro de la vagina, los espermatozoides contenidos en el semen, ascienden a través del canal endocervical y una elevada cantidad de ellos se deposita en los pliegues mucosos de las glándulas cervicales cercanas a la unión escamocolumnar, lugar donde se desarrolla el mayor número de neoplasias. Además, el plasma seminal contiene componentes inmunosupresores que afectan las funciones de diferentes células del sistema inmune y este efecto local puede constituir un factor que contribuya al desarrollo de neoplasias.

- La multiparidad es otro de los elementos a considerar porque durante el embarazo se produce una depresión inmunológica y de los folatos en la sangre, elementos que se han asociado a un incremento de lesiones intraepiteliales mientras más embarazos tenga la mujer.

- En relación con el hábito de fumar, desde hace más 30 años se consideró la teoría que el humo del cigarrillo, al estar íntimamente asociado a la aparición del cáncer del pulmón y de laringe podría también relacionarse con el cáncer de cuello uterino del mismo tipo histológico. En la actualidad, el hábito de fumar se relaciona con la aparición de lesiones precursoras y de cáncer cervical. Los componentes del humo tienen una acción carcinogénica atribuida a la nicotina y la cotinina disueltas en la sangre que han sido detectadas en el cuello uterino y el moco cervical e iniciar la acción oncogénica del VPH producida por un efecto tóxico sobre las células del cérvix y estimulado por la inmunodepresión local que se produce.

- El estado nutricional puede influir en la progresión de la infección por VPH y algunos factores dietéticos pudieran relacionarse con la carcinogénesis.

- La reducción de los antioxidantes en la dieta ha sido considerada como influyente en la infección. En la medida que la ingestión de alimentos con alto contenido en vitamina A, y especialmente en retinol, se asoció con la reducción de desgarros del epitelio que pueden producirse durante el parto y por sus propiedades antioxidantes parece que reducen el riesgo de infección.

- Los factores hormonales pueden actuar como cofactores y existen reportes controversiales sobre el uso de anticonceptivos hormonales por más de cinco años, en algunas investigaciones se señala un incremento del riesgo de cáncer de cérvix en mujeres portadoras de VPH y que, si existe una lesión intraepitelial, puede progresar más rápidamente a cáncer invasor.

- La susceptibilidad genética a la infección por el VPH determina un riesgo individual de desarrollar el cáncer cervical y resulta importante la respuesta inmunológica del organismo, pues actúa como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores.

- Asociación entre VPH y neoplasia cervical: Se han caracterizado más de 75 tipos de VPH y cerca de 30 de ellos se sabe que infectan el cuello uterino. Algunos de los tipos de VPH que infectan el cérvix (tipos asociados a cáncer o de alto riesgo) se aceptan

corrientemente como el factor etiológico central para cáncer invasivo y sus lesiones precursoras.

Las evidencias epidemiológicas de la asociación entre el VPH y la neoplasia cervical incluyen un conjunto impresionante y ampliamente consistente de series de casos, estudios de casos y controles y algunos estudios de cohortes que han sido revisados recientemente

- Las infecciones virales son frecuentes en pacientes con deficiencias en el sistema inmunológico. Estas alteraciones inducen trastornos en la sucesión de los pasos necesarios para que las respuestas inmune celular y humoral sean efectivas. Como ejemplo irrefutable se ha demostrado en pacientes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se manifiesta un incremento de lesiones premalignas y malignas. (Sarduy,2008)

-La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para pre cánceres de cuello uterino.

Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino: El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si su madre o hermana tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido. Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras. En otros casos, una mujer de la misma familia, al igual que una paciente que ha sido diagnosticada, podría estar más propensa a tener uno o más de los otros factores de riesgo no genéticos descritos anteriormente en esta sección.

Esto se debe fundamentalmente a la falta de campañas masivas de detección y tratamiento de la enfermedad en las etapas pre-invasoras, acompañada de falta de concientización de la mujer acerca de la importancia del tema.

Medidas preventivas

El Plan Estratégico Nacional para la Prevención y control del cáncer, del sector salud de Honduras, tiene como objetivo ofrecer un documento que permita contribuir a la implementación de estrategias de trabajo para fomentar los estilos de vida saludables, reducir la incidencia y mortalidad por esta patología y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias.

La priorización de los componentes: Promoción de la Salud y prevención del cáncer, detección precoz y tamizaje, gestión asistencial, cuidados paliativos, investigación oncológica, vigilancia epidemiológica y registro de cáncer, desarrollo de recursos humanos; es el resultado de deliberaciones, análisis y consensos obtenidos por un equipo multidisciplinario de profesionales con experiencia en el tema, cuyo producto final es el plan.

Es importante mencionar que este es el primer esfuerzo que se realiza en el país de elaborar un Plan Estratégico Nacional para la Prevención y control del Cáncer. Con el mismo se pretende fortalecer al Programa Nacional para el Control del Cáncer en los procesos, proyectos y actividades relacionados con el abordaje de esta problemática.

También se implementó la vacunación contra el VPH, aunque esta no sustituye las otras estrategias de prevención, la OMS recomienda la adopción de un enfoque integral para prevenir y controlar el cáncer cervico uterino como, tomar las medidas necesarias en cuanto al comportamiento sexual preventivo, evaluación para la detección temprana y evitar otros factores de riesgos.

La introducción de la nueva vacuna a Honduras se realizó a través de fondos nacionales y el apoyo de, la Alianza para las Vacunas Gavi para el financiamiento del 50 por ciento de la vacuna. La misma se aplicó en escuelas públicas y privadas, la jornada inició el 16 de mayo de 2016, aplicando la primera dosis, una segunda dosis

en noviembre de ese mismo año a las niñas que hayan recibido en mayo. La aplicación es completamente gratuita y se realiza solo con la autorización de los padres.

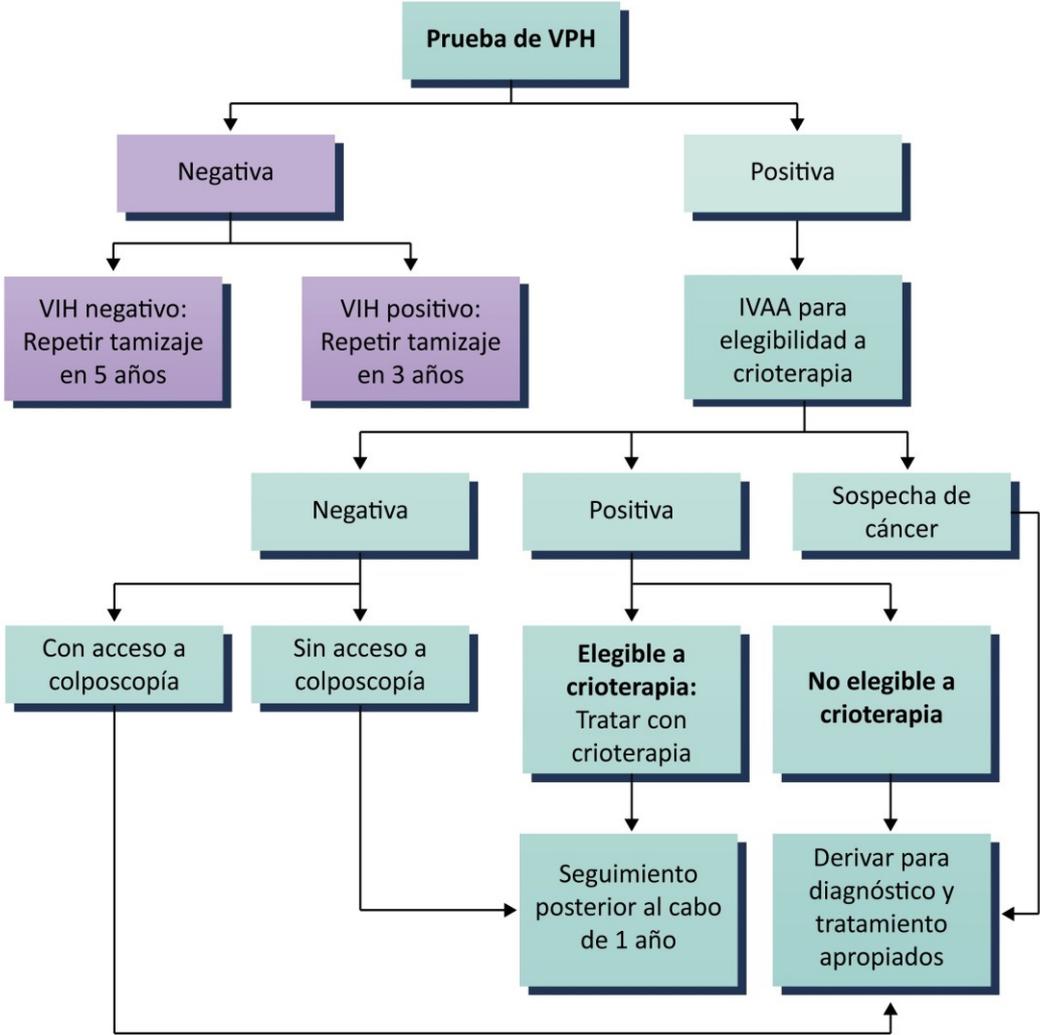
La realización de tamizajes como la inspección visual con ácido acético (IVAA) que consiste en examinar el cuello del útero sin necesidad de aumento bajo una luz brillante, un minuto después de la aplicación de ácido acético diluido al 3-5%. Al entrar en contacto con el ácido acético diluido, el tejido cervicouterino anómalo adquiere transitoriamente un color blanquecino (“acetoblanco”), permitiendo al proveedor evaluar de inmediato si el resultado es positivo (anormalidad) o negativo (normalidad). Se trata de una prueba sencilla, segura y asequible. Los resultados están disponibles de forma inmediata, permitiendo que el diagnóstico y/o el tratamiento se lleven a cabo en una visita única siempre que sea posible. Además, la pueden realizar una amplia gama de profesionales, incluyendo médicos, personal de enfermería, matronas y personal de atención primaria, tras un periodo de capacitación relativamente corto. La prueba de detección de VPH es otro tamizaje empleado por la secretaria de salud de Honduras para el diagnóstico de esta enfermedad y prevención de cáncer cervicouterino, es un método más actual que consiste en la identificación de los tipos de virus del papiloma humano asociados con el cáncer cérvicouterino en una muestra de células tomadas del cuello uterino o de la vagina mediante varias pruebas existentes en el comercio que identifican el ADN del VPH. (PTO2:2015)

En las estrategias de “tamizaje y tratamiento”, la crioterapia es el tratamiento de primera elección para las mujeres que sean elegibles; es decir, que cumplan los requisitos necesarios para la administración de este tratamiento. En las mujeres evaluadas como no elegibles para crioterapia, la escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) es el tratamiento alternativo. Se recomienda no utilizar la conización con bisturí en una estrategia de “tamizaje y tratamiento”.

Tamizaje con una prueba de detección de VPH seguida de IVAA y tratamiento para mujeres de 30 a 64 años de edad

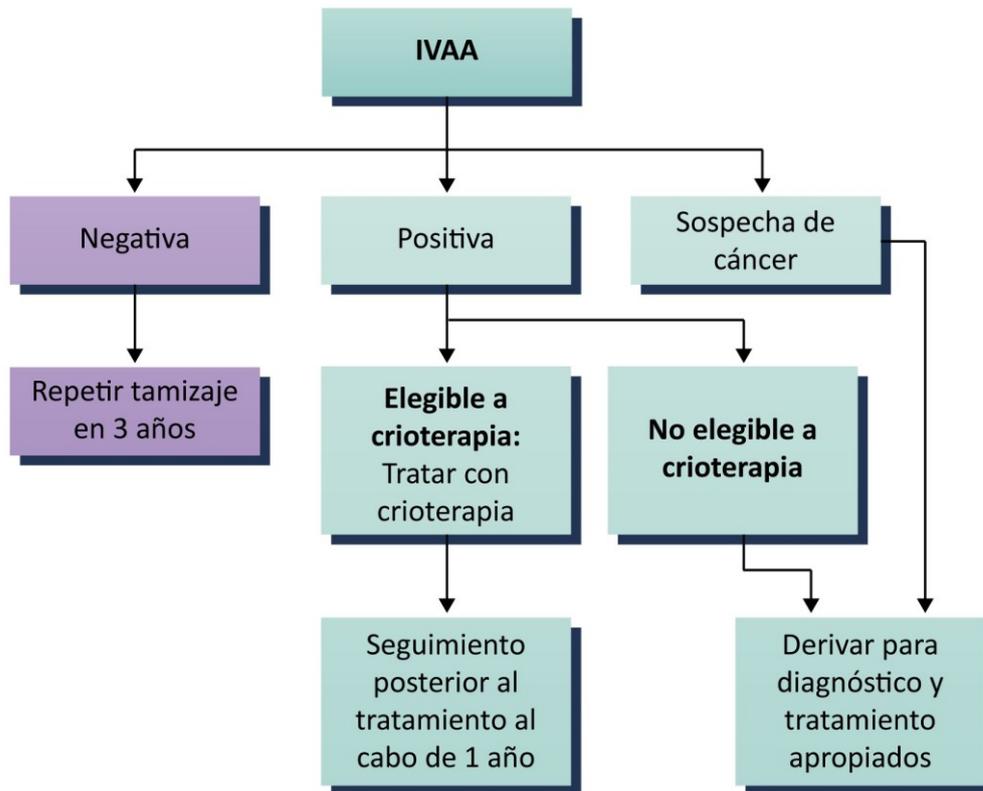
Si una prueba de detección de VPH da resultado positivo, se procederá a la prueba de IVAA como segunda prueba de tamizaje para determinar si es candidata a tratamiento con crioterapia. Las mujeres no elegibles para crioterapia serán remitidas a un nivel superior de atención para diagnóstico y tratamiento.

Flujograma para prueba de VPH



Tamizaje con IVAA y Tratamiento a mujeres de 25 años a 30 años

Si la paciente es menor de 30 años se procederá a la prueba de IVAA determinando si es candidata a tratamiento. Se administrará tratamiento con crioterapia solo si es positiva la prueba de IVAA. Las mujeres no elegibles para crioterapia serán remitidas a un nivel superior de atención para diagnóstico y tratamiento.



En el tratamiento de las lesiones intraepiteliales es que se tiene la ventaja de modificar la evolución de la enfermedad y, de esta manera, interferir en el pronóstico a largo plazo. Así, se puede decir que ha sido uno de los logros más importantes de la medicina y que, sin modificar la función, se puede evitar llegar a la presentación de una enfermedad de un muy alto impacto en morbilidad y mortalidad como lo es el cáncer

VII. DISEÑO METOLOGICO

a. Tipo de estudio

Analítico, Transversal, retrospectivo

b. Área de estudio

Se realizó, en la clínica Estrada, municipio de El paraíso, departamento El Paraíso, Honduras.

c. Universo de estudio

El universo de estudio lo constituyeron todas las pacientes que se realizaron las pruebas de inspección visual acido acéticas y VPH en la clínica Estrada, siendo un total de 68 pacientes.

d. Unidad de análisis

Historias clínicas y las fichas de notificación epidemiológicas de las pacientes evaluadas.

e. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

1. Registro de mujeres con vida sexual activa que asistieron a la clínica a realizarse las pruebas diagnósticas de IVAA y VPH y el resultado fue positivo.

Criterios de exclusión:

1. Registro de mujeres con vida sexual activa que asistieron a la clínica a realizarse las pruebas diagnósticas IVAA y VPH, pero su resultado fue negativo.
2. Registro de mujeres de edades entre los 19 y 59 años sin vida sexual activa.

f. Variables por objetivo:

Objetivo 1. Reconocer factores sociodemográficos asociados con la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales en las mujeres atendidas en la clínica Estrada

1. Edad
2. Estado Civil.
3. Localidad (rural, urbana)

Objetivo 2. Relacionar factores clínicos con la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales en las mujeres atendidas en la clínica Estrada.

1. Infección por el virus del papiloma humano (VPH).
2. Deficiencia del sistema inmunitario
3. Realización de estudios citológicos

Objetivo 3. Identificar la relación existente entre factores de riesgo reproductivos y de conducta sexual con las lesiones intraepiteliales de bajo grado en mujeres sexualmente activas que asistieron a la clínica Estrada.

1. Número de parejas sexuales
2. Edad de inicio de relaciones sexuales
3. Infecciones de transmisión sexual

g. Fuente de información

Secundaria: Expediente clínico y fichas de notificación epidemiológica.

h. Técnica de recolección de la información

Se utilizó la ficha epidemiológica

i. Procesamiento y análisis de la información

Los datos se procesaron en SPSS para obtener números absolutos y porcentajes que están reflejados en tablas por cada objetivo de estudio. Se utilizó también epi-info para el procesamiento de datos, Microsoft Word para la presentación del protocolo.

j. Consideraciones éticas

La recolección de los datos se realizó con la respectiva autorización del doctor encargado en la clínica, la información obtenida fue manejada confidencialmente y solo para efecto del estudio. Dentro de la matriz de datos se omitieron nombres y otro tipo de información que comprometiera a las pacientes.

k. Trabajo de campo

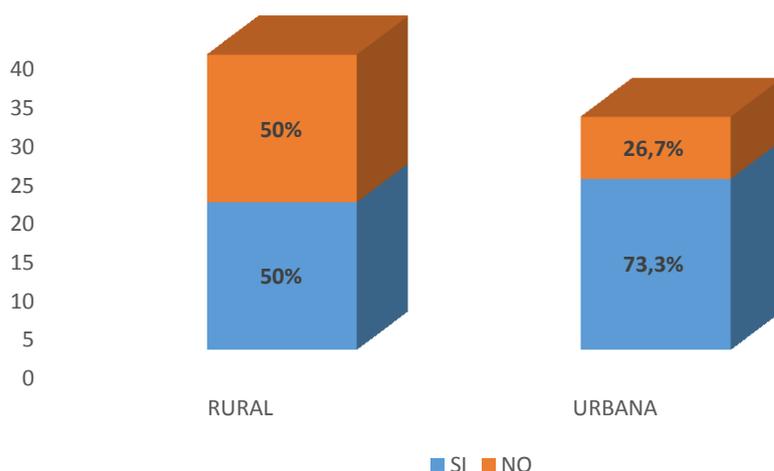
Para la recolección de la información se solicitó autorización a las instancias de la clínica Estrada, se explicó el interés de realizar la investigación. La información se recolectó en horas de la mañana (después de las 11am) acoplándose al tiempo de la médico encargado, ya que por la demanda de pacientes no se puede realizar en otro horario, la poca accesibilidad a la información requerida hizo que el tiempo estimado para la toma de los datos se postergara, la problemática política que interfiere en todos los procesos nacionales y además de los inconvenientes presentados con el personal médico y su continua lucha con el gobierno que se convirtió en una larga asamblea informativa que retrasó más el curso de la investigación, teniendo ya la principal dificultad que se presentó debido al cambio de lugar a realizar la investigación interfiriendo en todo el proceso investigativo.

VIII. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

Objetivo N° 1: Factores sociodemográficos asociados con la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales en las mujeres atendidas en la clínica Estrada.

Durante el período de estudio se revisaron 68 historias clínicas de mujeres de edades entre los 19 y 59 años en el municipio de El paraíso, El paraíso, Honduras, de las cuales 41 de ellas (60.2 %), presentaron infección con el virus del papiloma humano y las 27 restantes un resultado IVAA positivo.

Gráfico 1. Procedencia en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.



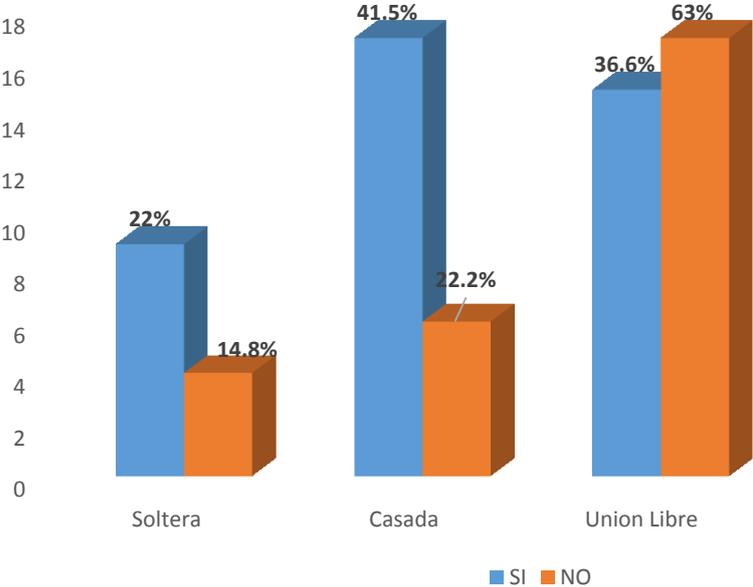
Fuente: Fichas epidemiológicas.

De todas las mujeres que viven en el área rural el 50% presentaban positividad para VPH, y de acuerdo al área urbana el 73%de las mujeres presentaban VPH positivo. (Ver Anexo 5, Tabla 1y 2).

El gráfico número uno evidencia que vivir en el área urbana podría aumentar el riesgo de las mujeres sexualmente activas de contraer virus del papiloma humano con 22 casos positivos (73,3%) en comparación con los 19 casos positivos (50%) que viven en el área rural. Sin embargo, en el presente estudio no existe una asociación fuerte

estadística entre la localidad y la infección por VPH. Algunos autores revelan que la mayor incidencia de casos de cáncer cervicouterino causado por VPH se encuentra en el área rural debido a factores como el bajo nivel educativo, cultural y económico, limitado acceso a los servicios de salud, a las pruebas de detección y al diagnóstico y tratamiento oportunos, factores que, según estudios realizados en diversas partes del mundo se encuentran asociados a la baja participación de las mujeres en programas de detección de cáncer de cérvix (Hernández Salinas, 2014).

Gráfico 2: Estado Civil y presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.



Fuente: ficha epidemiológica

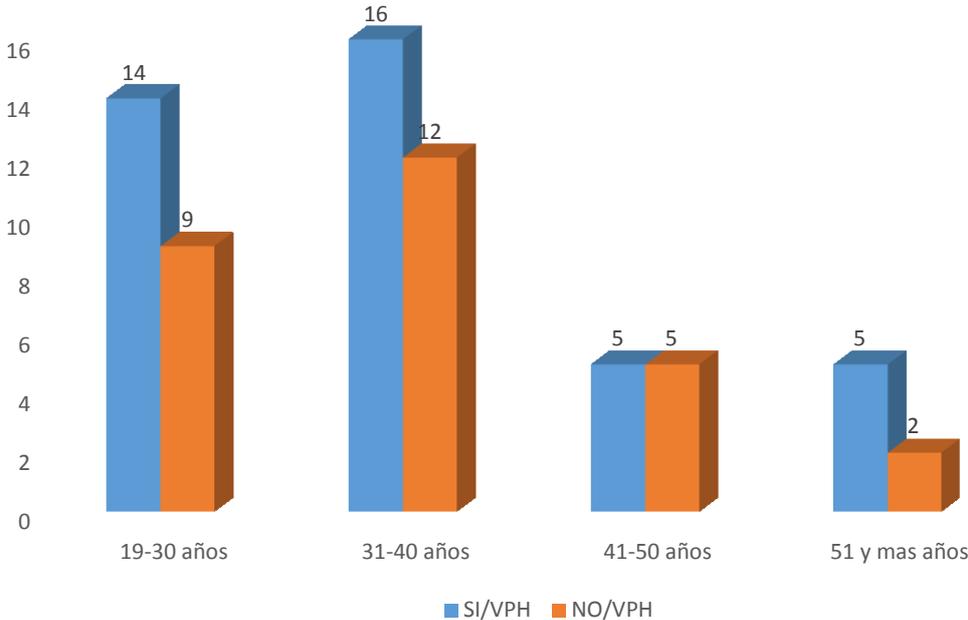
De las usuarias en las que su estado civil era unión libre el 63% su tamizaje para VPH fue negativo, las casadas un 22,2% y las solteras un 14.8%. (Ver Anexo 5, Tabla 3, 4 y 5)

En el gráfico número dos se puede observar que hay mayor porcentaje en las pacientes con VPH que están casadas (41.5%) en relación con las que están en unión libre con siendo más bajo aun en mujeres solteras (22%). Es importante mencionar que el porcentaje mayor en mujeres casadas 17 pacientes pudo deberse al número de parejas sexuales que tuvieron antes del matrimonio ellas y sus parejas, ya que en este estudio se revela un rango de 2 a 6 parejas sexuales en su vida. No existe relación

estadísticamente significativa entre el estado civil y la infección por VPH en este estudio (p-value=0,09).

Sin embargo descriptivamente, se toma como factor protector el estar en unión libre ya que existe menor riesgo de infección, aunque entraría en controversia con otros estudios que revelan asociación de esta variable con el virus. Es importante señalar que una de las limitaciones de este estudio es el tamaño de la población estudiada, Sin embargo, los resultados son relevantes ya que contribuyen al conocimiento de la epidemiología de la infección por VPH, en un grupo de mujeres que usaron las nuevas pruebas de tamizaje implementadas por la secretaria de salud de Honduras.

Gráfico 3. Edad en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.



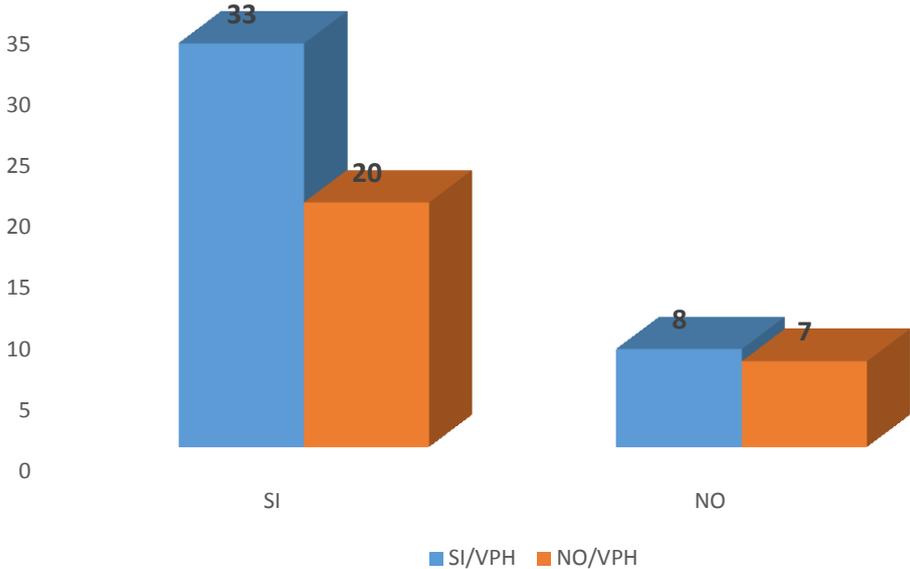
Fuente: ficha epidemiológica

Dentro de los grupos de edad las de 19-30 años muestran 14 casos positivos para VPH, las de 31-40 años 16 casos, de 41-50 solo 5 casos y mayores de 51 años 5 casos. %. (Ver Anexo 5, Tabla 6 y 7)

En el gráfico anterior se muestra que el mayor porcentaje de lesiones intraepiteliales se dio en mujeres del grupo de edad 31-40 años (40%) del total de los casos, seguido por las de 19-30 años (35%) teniendo menor relevancia en mujeres mayores de 51 años con solo (12,5%) del total de los casos. Se realizó la prueba T student la cual mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las edades de las mujeres con VPH y sin VPH, cabe mencionar que las mujeres con neoplasia intraepitelial (NIC I, NIC II, ASCUS) son menores de 30 años.

Objetivo N° 2: Factores clínicos con la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales en las mujeres atendidas en la clínica Estrada.

Gráfico 4: Citologías previas en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.

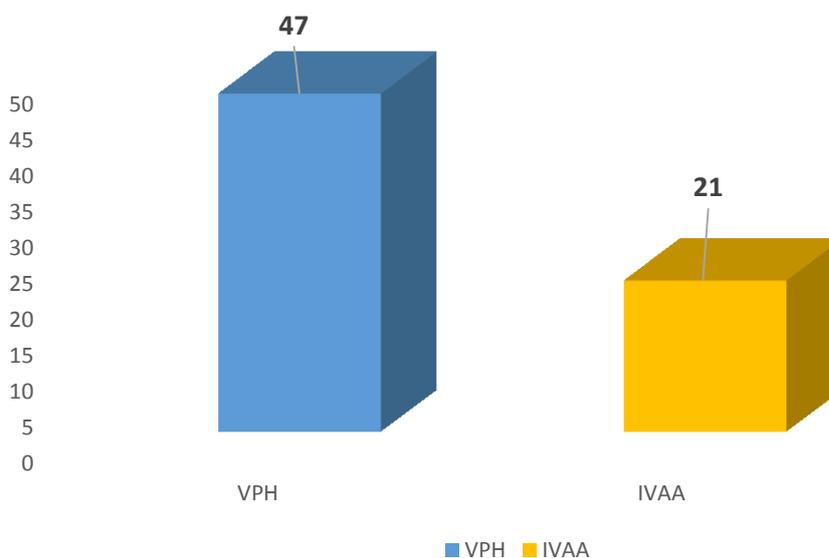


Fuente: ficha epidemiológica

De todas las mujeres que se realizaron estudios citológicos previos 33 casos fueron positivos para VPH aunados a los 8 casos que no se realizaron estudios citológicos anteriormente. No existe una relación positiva fuerte entre las citologías previas y la presencia de VPH (p-value=0,562). %. (Ver Anexo 5, Tabla 8, 9, 10 y 11)

En este gráfico se destaca que de las pacientes positivas para VPH 41 casos (60.2%) la mayoría 33 casos (80.4%) tenían estudios citológicos previos y 20 de ellas no lo tenían considerando el total de la muestra 68 casos, es un número alto ya que de las pacientes registradas que no tenían el virus solo siete de ellas no tenían registro de citologías previas versus 8 que si lo tenían, por lo que debería considerarse si realmente se están analizando correctamente las muestras citológicas tomadas o bien esas muestras no se están tomando de la manera correcta o el personal a cargo es incompetente, pues esos casos positivos debieron detectarse en la toma de las citologías anteriores.

Gráfico 5: Presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.



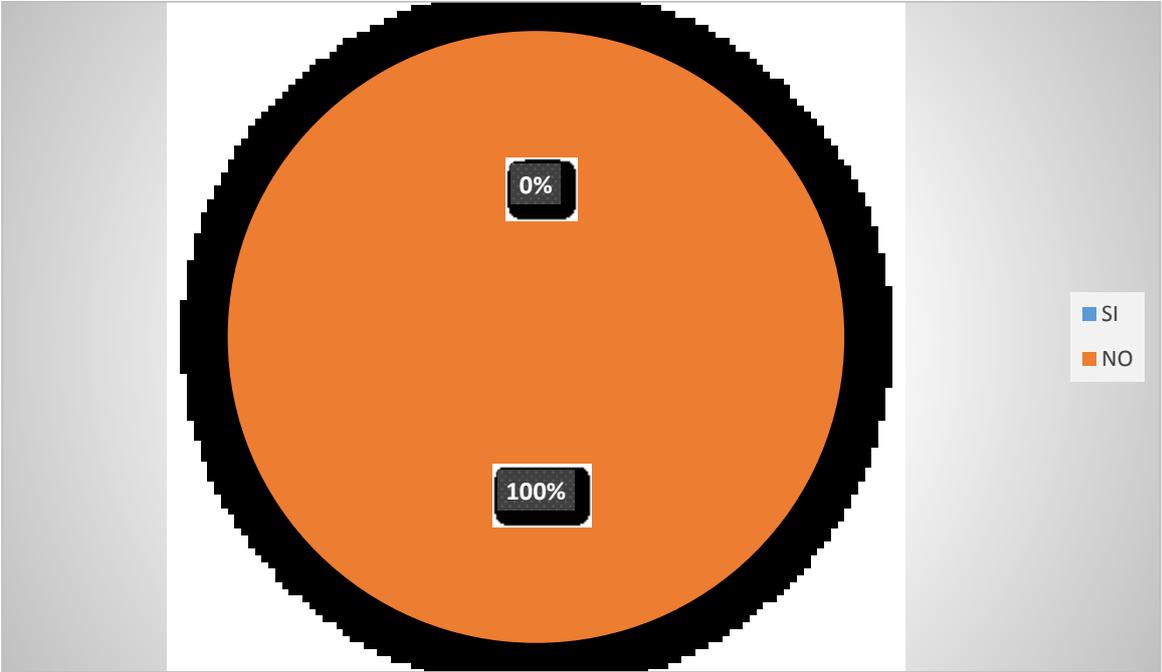
Fuente: ficha epidemiológica

Del total de casos 47 de ellos (69,1%) fueron positivos para VPH y 21 casos (30,9%) positivos para IVAA. %. (Ver Anexo 5, Tabla 12)

De las 68 mujeres, 63 se realizaron crioterapia, 4 de ellas tenían una neoplasia intraepitelial cervical grado I y 4 atipia de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS). La asociación etiológica entre el VPH y el cáncer de cuello uterino hace importante conocer la prevalencia de la infección y los factores de riesgo asociados a ésta. En este estudio en mujeres sexualmente activas se encontró una

prevalencia de infección por VPH de 60.2% considerando que la infección por el VPH es actualmente un importante problema de salud con relevancia social, ya que es la ITS viral más común y la principal causa de cáncer cervicouterino. Se estima que en todo el mundo, más del 50% de las mujeres sexualmente activas se infectarán alguna vez en sus vidas con virus del papiloma humano, por lo que, una de cada 4 mujeres padecerán alguna infección por el virus de papiloma humano. (OMS 2015)

Gráfico 6. Deficiencia del sistema inmunitario en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.



Fuente: Ficha epidemiológica

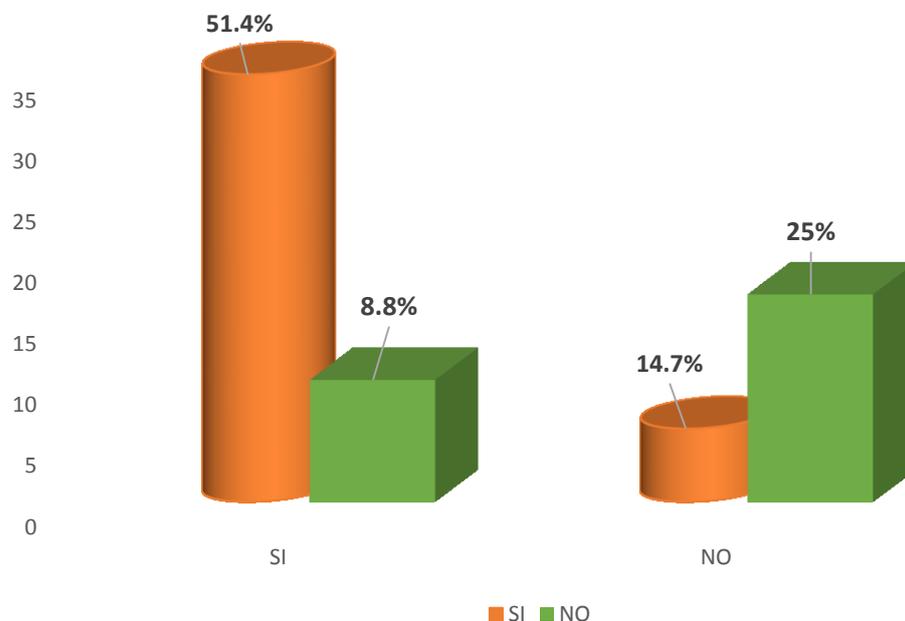
En todos los casos estudiados el 100% de las usuarias no tenía ninguna deficiencia en su sistema inmunitario. %. (Ver Anexo 5, Tabla 13)

El gráfico refleja que los 68 casos de mujeres atendidas en la clínica Estrada no tenían una deficiencia inmunitaria en su sistema, sin embargo, algunos de los hallazgos revelaron que unas de ellas tuvieron condilomatosis en algún momento de su vida, estas aparecen al encontrar una falla en el sistema inmunitario por lo que asocia también al VIH, aunque no fue el caso de las mujeres incluidas en este estudio. La

susceptibilidad genética a la infección por el VPH determina un riesgo individual de desarrollar el cáncer cervical y resulta importante la respuesta inmunológica del organismo, pues actúa como un potente mecanismo de resistencia al desarrollo de tumores.

Objetivo 3: Relación existente entre factores de riesgo reproductivos y de conducta sexual con las lesiones intraepiteliales de bajo grado en mujeres sexualmente activas que asistieron a la clínica Estrada.

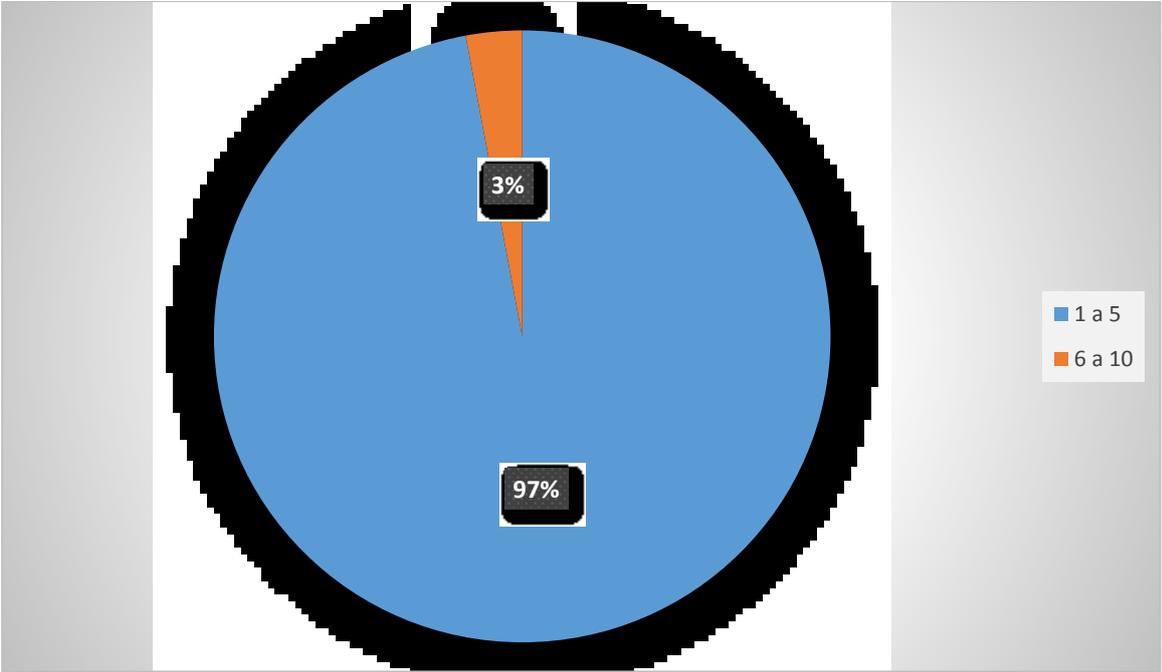
Grafico 7: ITS previas y VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.



Fuente: ficha epidemiológica

En el gráfico número siete se destaca que el haber tenido una infección de transmisión sexual previa aumenta el riesgo de tener el virus del papiloma humano (VPH) pues se demuestra con el (51.4%) de las pacientes positivas, así también con las pacientes VPH negativo, ya que el (14.7%) tuvo una ITS en algún momento de su vida las cuales corren mayor riesgo de infectarse con VPH que las que no tuvieron alguna infección. Las mujeres que tuvieron alguna ITS previa tienen 9 veces más de probabilidad de padecer VPH en comparación a las mujeres que no tuvieron ITS (**OR=9,9**), relación que es significativamente estadística (**p-value= menor de 0,01**). %. (Ver Anexo 5, Tabla 14, 15 y 16)

Gráfico 8: Número de parejas sexuales en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.

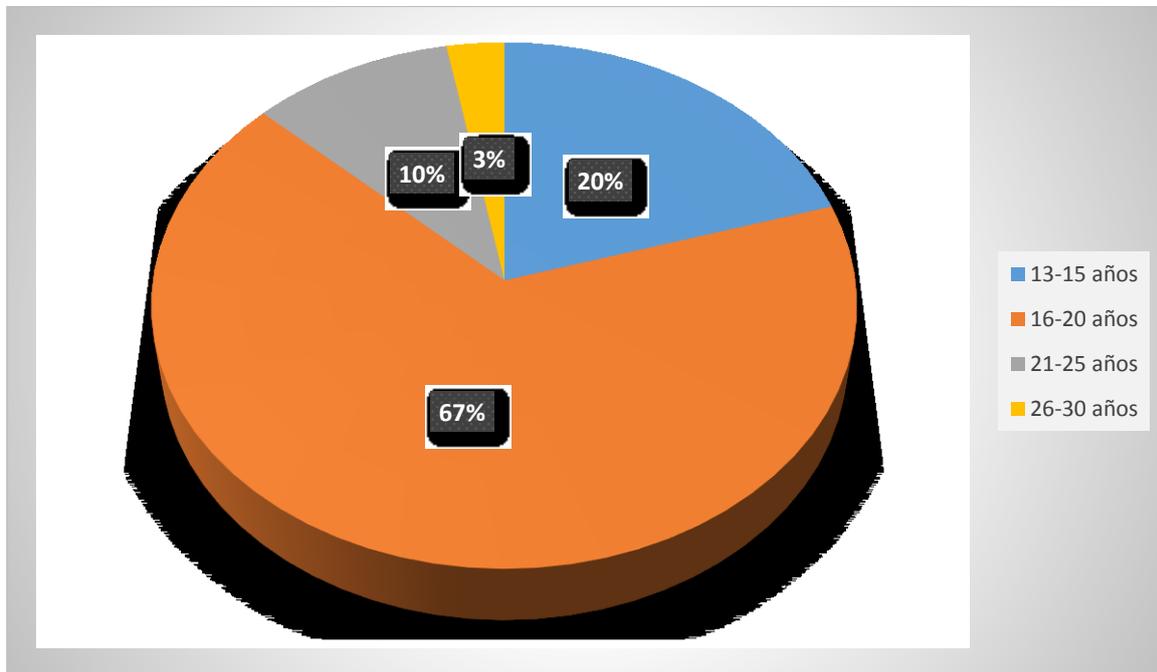


Fuente: ficha epidemiológica

El 97% de las mujeres tenían de 1 a 5 parejas sexuales y el 3% de 6 a 10 parejas sexuales. %. (Ver Anexo 5, Tabla 18)

El número de parejas sexuales es un indicador de riesgo para adquirir ITS, que ha sido referido en forma constante en diversos estudios (Sarduy, 2011). En relación a esto, no hay diferencias estadísticas evidentes, pero si se demuestra en la mediana (2 parejas) y el rango, en las mujeres positivas para VPH va desde 1 a 10 parejas y de 1 a 4 parejas las que no lo tienen, indicando 6 veces más parejas sexuales en las que sí tienen VPH.

Gráfico 9: Edad de inicio de relaciones sexuales en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.



Fuente: Ficha epidemiológica

El 67% de las mujeres inicio su vida sexual entre 16 y 20 años, entre los 13 y 15 años un 20% de ellas, 13% las de 21 a 25 y 3% de 26 a 30 años. %. (Ver Anexo 5, Tabla 17)

La edad de inicio de las relaciones sexuales fue semejante en los dos grupos estudiados (VPH, IVAA). Más del 75 % comenzó entre 13 y 19 años, por lo que no existió asociación entre esta variable y la infección por VPH en este estudio, aunque en otras investigaciones se ha demostrado la relación de esta variable con el VPH, en este estudio el resultado obtenido puede deberse al tamaño de la muestra, ya que si esta hubiese sido más amplia la tendencia que mostro era para el resultado opuesto.

IX. CONCLUSIONES

1. El promedio de edad de las mujeres con VPH y VPH es muy similar y no existen diferencias significativas entre estas. De acuerdo al estado civil, la mayoría de las mujeres con VPH estaban casadas y en unión libre, siendo un factor potencial protector estar solteras; la mayoría de las mujeres con VPH eran del área urbana, sin embargo, no se considera un factor de riesgo la localidad de ellas.
2. Una gran parte de las mujeres sexualmente activas con VPH se habrían realizado las citologías previas y ninguna tuvo asociación de problemas inmunitarios.
3. Las ITS previas se consideran un factor de riesgo para padecer VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada. El número de parejas sexuales en mujeres VPH positivas es mayor que en mujeres VPH negativas y la mayoría de las mujeres iniciaron su vida sexual activa entre los 16 a 20 años con un promedio aproximado de 18, tanto para mujeres con VPH y sin VPH.

X. RECOMENDACIONES

1. A la secretaría de Salud, específicamente a la Dirección Departamental y municipal:

Crear estrategias que lleguen a la población como campañas permanentes para promover la realización de estudios citológicos y tamizaje para VPH e IVAA en primera instancia dirigido a la atención primaria en salud, luego a los hospitales, estableciendo metas de realización de citología.

Impulsar la detección precoz de cáncer cervicouterino además de capacitar al personal de salud para que sean capaces de convencer y brindar información a las mujeres que hayan iniciado su vida sexual.

2. A los profesionales de la salud del municipio

Ampliar la población o el período de estudio para investigaciones para demostrar la asociación de los factores de riesgo estudiados con la infección por el virus del papiloma humano.

3. A usuarios del municipio el Paraíso

A evitar el contacto sexual indiscriminado y promiscuo. Además, establecer métodos de barrera contra las enfermedades de transmisión sexual, como la utilización de preservativo como método de planificación familiar ya que es el único método que protege contra la adquisición de múltiples enfermedades de transmisión sexual.

Crear campañas de auto respeto, conocimiento de métodos de prevención de enfermedades, explicar la gravedad de la patología. Es necesario romper tabúes y educar a nuestras niñas desde el seno familiar y escolar.

XI. BIBLIOGRAFÍA

Arbyn M , Castellsagué X, de Sanjosé S, Bruni L , Saraiya M, Bray F, Ferlay J. (2011) Carga mundial de cáncer de cuello uterino en 2008. Ann Oncol. 2011 Dic; 22 (12): 2675-86. doi: 10.1093 / annonc / mdr015. Epub 6 de abril 2011.

Bermejo Bencomo W, Ventura Balmaseda Z, Mayedo María L, Amador de Varona CI. (2008) Cáncer cervical en embarazo de la primera mitad con placenta previa. Reporte de un caso. AMC [serie en Internet] oct [citado 2 de marzo 2017];12(5): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000500014&lng=es

Canche J.R, Canul J, Suárez R, De Anda R, González M.R. (2011) Infección por el Virus del Papiloma Humano en mujeres recluidas en Centros de Readaptación Social en el sureste de México. Rev. esp. sanid. penit. vol.13 no.3

Cárdenas Peña R, Pérez Escalona D, Cruz Pérez RJ, Torres Rojas KL, Pérez Pantoja JA. (2017) Caracterización de mujeres de Las Tunas con lesiones cérvico uterinas. [Revista Electrónica] Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2017; 41(12). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/953>.

Cordero Martínez José, (2014) Correlación cito-colpo-histológica en la consulta de patología de cuello. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet] [citado 17 marzo 2017] Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article>

de Sanjosé S, Bosch FX, Muñoz N, Shah K. Social differences in sexual behaviour and cervical cancer. IARC Sci Publ 1997; (138):309-

Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. (2001). GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0. IARC CancerBase No. 5. Lyon: IARC Press

Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. (2012) Incidencia y mortalidad por cáncer en todo el mundo: fuentes, métodos y patrones principales en GLOBOCAN. *Int J Cancer* . 2015 Mar 1; 136 (5): E359-86. doi: 10.1002 / ijc.29210. Epub 2014 9 de octubre. PMID: 25220842

González C, González. M. y Richardson, D (2005). Incidencia del Virus de Papiloma humano en la consulta de la clínica de patología de cérvix del hospital Luis Eduardo Aybar. Santo domingo, Rep. Dom. enero 2003-enero 2004. *Rev. Ciencia y Sociedad*, vol XXX, número 4, 2005, 567 -579. Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/870/87030404.pdf>

Informe del Registro Hospitalario de Cáncer Hospital San Felipe (2010-2012). Unidad de Gestión de la Información. Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. Disponible en <http://www.salud.gob.hn>

La Gaceta, Diario Oficial, Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control del Cáncer, acuerdo N° 0311, Tegucigalpa D.C. de Honduras, 30 de diciembre de 1997.

Moya Salazar Jeel Junior, Rojas-Zumaran Abraham (2017). Tendencias en la investigación del virus de papiloma humano en Latinoamérica frente a los países de altos ingresos. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 68 No. 3 • Julio-septiembre 2017 • (202-217)

Posso Moar A.G, Rangel Pérez M.A, Marchán N.,González Blanco M. (2014). Lesión intraepitelial cervical en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez* vol.74 no.3 Caracas set.

Sarduy Nápoles, MR. (2008) Neoplasia Intraepitelial Cervical: Preámbulo del cáncer cérvicouterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 34 (2). Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2008000200004&lng=es

Secretaria de salud de Honduras, Protocolo Para El Tamizaje Y Tratamiento De Lesiones Premalignas Para La Prevención Del Cáncer Cérvicouterino. Noviembre 2015.

Torriente Hernández B, Valdés O, Lugo Sánchez AM, González González M. Valor de la electrocirugía como tratamiento conservador del carcinoma in situ de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet] 2002 Ago [citado 2 marzo 2017];28(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200010&lng=es

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

- **Objetivo específico 1:** Conocer los factores sociodemográficos, culturales, y clínicos asociados con la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales en las mujeres atendidas en la clínica Estrada

Variable	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de medición
Edad	% por grupo etario	Años cumplidos	Años	Continua
Estado civil	% por estado civil	Situación legal determinada por las leyes	Soltera Casada Unión libre	Nominal polictómica
Localidad	% por área geográfica	Territorio y espacio que se caracterizan por tener algunos rasgos en común.	Rural Urbana	Dicotómica

Objetivo específico 2: Factores clínicos que se encuentran relacionados con la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales en las mujeres atendidas en la clínica

Variable	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de medición
1. Infección por el virus del papiloma humano (VPH).	% por padecimiento de la enfermedad	Infección de transmisión sexual (ITS) más prevalente en el mundo	Si No	Dicotómica
2. Deficiencia del sistema inmunitario	% por padecimiento de la enfermedad	trastornos que causan que el sistema inmunitario ataque por error a nuestras propias células y órganos.	Si No	Dicotómica
Realización de estudios citológicos	% citologías realizadas	método de búsqueda de cáncer cervico uterino, ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino	Si No	Dicotómica

Objetivo específico 3: Identificar la relación existente entre factores de riesgo reproductivos y de conducta sexual con las lesiones intraepiteliales de bajo grado en mujeres sexualmente activas que asistieron a la clínica Estrada.

Variable	Indicador	Definición Operacional	Valores	Escala de medición
Número de parejas sexuales	% Por Número de parejas sexuales	Número de parejas sexuales con las que una persona ha compartido en su vida.	# de parejas	Discreta
Edad de inicio de relaciones sexuales	% por grupo etáreo	Edad en la que una persona da inicio a su vida sexual activa	Años	Continua
Infecciones de transmisión sexual	% por padecimiento de ITS	son infecciones que transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual	Si No	Dicotómica

Anexo 2: FICHA DE TAMIZAJE PARA IVAA

INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

FECHA DE TAMIZAJE			HISTORIA CLÍNICA	DNI
Día	Mes	Año		

Apellidos y Nombres: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Menarquia: _____ 1º R.S.: _____ 1º Embarazo: _____ Nº Hijos: _____ Nº de Parejas sexuales: _____ FUR: _____

Uso de Anticonceptivos actualmente: Si No Tipo de Anticonceptivo: _____

Antecedentes ITS: Si No Tipo de ITS: _____

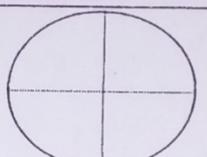
Nº de Tamizaje en la vida: _____ Año del último Tamizaje: _____ Resultado del último Tamizaje: _____

PAP () PAP () PAP ()

IVAA () IVAA () IVAA ()

PROPOSITO DE VISITA 1º IVAA Control al año Control cada tres años

REPORTE DE IVAA

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Borde de la unión escamocolumnar <input checked="" type="checkbox"/> Zona aceto blanca <input type="checkbox"/> Orificio cervical <input type="checkbox"/> Descartar neoplasia 		<p>RESULTADO:</p> <p>Positivo <input type="radio"/></p> <p>Negativo <input type="radio"/></p> <p>Sospecha de cáncer <input type="radio"/></p>
--	--	--	--

¿TRIBUTARIO PARA CRIOTERAPIA ? (solo para IVAA(+)): Si No El mismo día Postergada

OTROS DIAGNÓSTICOS:

EPI Condilomatosis Cervicitis Pólipo

Otros (especificar):

REFERENCIA: Si No

RAZÓN DE REFERENCIA:

Sospecha de cáncer

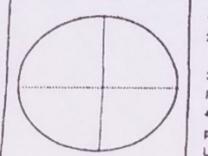
Lesión extensa o lesión que se introduce al canal

Otros: (especificar) :.....

SITIO DE REFERENCIA: _____

PROXIMA CITA: _____

REPORTE DE IVAA EN LUGAR DE REFERENCIA

<p>Establecimiento de Salud: _____</p> <p>Fecha de Tamizaje: _____</p> <p>Historia clínica: _____</p>		<ul style="list-style-type: none"> 1.- IVAA positiva no confirmado. <input type="radio"/> 2.- IVAA positiva confirmado tributario para crioterapia. <input type="radio"/> 3.- IVAA positiva confirmado y crioterapia Postergada. <input type="radio"/> 4.- IVAA positiva confirmado no tributario para crioterapia. Referida. <input type="radio"/> <p>LUGAR DE REFERENCIA :</p>
--	---	--

FECHA DE LA PRÓXIMA CITA : / /

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

Anexo 3: FICHA DE TAMIZAJE PARA VPH



SECRETARÍA DE SALUD HONDURAS
RESULTADO DE TAMIZAJE PARA CÁNCER CERVICAL

SECRETARÍA DE SALUD

DATOS GENERALES

1. Número de expediente		2. Fecha de toma de muestra (Prueba)		DD	MM	AÑO
3. Nombre de Establecimiento de Salud						4. Región N°
5. Tipo Establecimiento de Salud		Hospital <input type="checkbox"/>	Tipo 2 <input type="checkbox"/>	Tipo 1 <input type="checkbox"/>	Otro: _____	
6. Primer Nombre		7. Segundo Nombre		8. Primer Apellido		9. Segundo Apellido
10. Documento de Identificación						11. N° de documento de Identificación
Identidad <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/>		Sin documento <input type="checkbox"/>		
12. Fecha de Nacimiento		13. Años cumplidos		14. Dirección Exacta de donde vive		
DD	MM	AÑO				
15. Departamento dónde vive				16. Municipio dónde vive		
17. Número de Celular		18. Teléfono de Casa		19. Tel. Trabajo		
20. Correo electrónico				No tiene correo electrónico <input type="checkbox"/>		
21. Contacto de emergencia: Nombre				22. Teléfono		

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS EN EL MOMENTO DE LA CAPTACIÓN: (DATOS A LLENAR POR EL PERSONAL DE SALUD)

23. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera relación sexual? _____

24. ¿En su vida con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales? _____ (si la paciente no recuerda poner número aproximado)

25. ¿En algún momento ha utilizado pastillas, inyecciones o implantes anticonceptivos durante más de 5 años? Sí No

26. ¿Alguna vez le han hecho la prueba de: Citología, IVAA o Virus del Papiloma Humano (VPH)? Ninguna - Pasar a pregunta 29

Citología IVAA VPH Citología+IVAA Citología+VPH IVAA+VPH Citología+IVAA+VPH

27. ¿Cuál fue la última prueba que se realizó? Citología IVAA VPH

28. ¿Cuándo fue la última vez que se la realizó? menor 1 año 1 año 2 años 3 años 4 años 5 o más años

29. ¿Usted se ha aplicado la vacuna del VPH? Sí No - Pasar a pregunta 32

30. ¿Cuál es el nombre de la vacuna del VPH que le aplicaron? Gardasil Cervarix Desconoce, No sabe

31. ¿Cuántas dosis le han aplicado? 1 2 3 No recuerda

32. ¿Usted ha padecido de condilomas, displasia (NIC), cáncer de cérvix? No - Pasar a pregunta 36 No sabe - Pasar a pregunta 36

Condilomas - Pasar a pregunta 33 Displasia (NIC) - Pasar a pregunta 34 Cáncer de Cérvix (NIC) - Pasar a pregunta 35

Condilomas + Displasia Pasar a pregunta 33 y 34 Condilomas + Cáncer de Cérvix - Pasar a pregunta 33 y 35

33. ¿Qué tratamiento le dieron para el condiloma? Tópico Cauterización

34. ¿Qué tratamiento le dieron para la displasia (NIC)? Crioterapia Conización Histerectomía

35. ¿Tratamiento para el cáncer de cérvix? Radioterapia Branquiaterapia Quimioterapia Cirugía

LADO 1

FICHA DE TAMIZAJE PARA VPH



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD HONDURAS
FICHA DE TAMIZAJE PARA CÁNCER CERVICOUTERINO

SECRETARÍA DE SALUD

36. Nombre del responsable de toma de muestra o referencia: _____

37. ¿ Esta embarazada actualmente? Si No

38. En su observación clínica, usted sospecha de cancer: Si Refiera No Continúe

39. Tipo de prueba que necesita: Citología IVAA VPH por personal de Salud VPH auto-toma

40. ¿Cuál es el motivo para realizar esta prueba?
 Control Seguimiento por prueba positiva Post tratamiento Muestra Inadecuada

Citología: hasta 24 ó 65 y más años
 IVAA: 25-29 años
 VPH: 30 - 64 años

41. Diagnóstico IVAA Negativo Cita 3 Años Positivo Continuar Tratamiento Sospecha de Cáncer Refiera

DATOS A LLENAR POR EL LABORATORIO DE CITOLOGÍA

42. Nombre Laboratorio: _____

43. Número de citología: _____

44. Fecha de recepción de la prueba: DD MM AÑO

45. Fecha de lectura de la prueba (diagnóstico): DD MM AÑO

46. Calidad de tamizaje: Adecuado Inadecuado

47. Diagnóstico: Sospechoso Refiera Negativo Cita 1 año Positivo Tratamiento No útil para Diagnóstico Repetir Prueba

48. Diagnóstico específico: NIC I NIC II NIC III Ca Insitu Cáncer

49. Observaciones: _____

50. Nombre completo del citotecnólogo: _____

51. Nombre completo del supervisor: _____

52. Nombre completo del patólogo / citólogo: _____

53. Fecha de entrega de resultado: DD MM AÑO

DATOS A LLENAR POR EL LABORATORIO PRUEBA VPH

54. Nombre del laboratorio: _____ Número de VPH: _____

55. Fecha de recepción de la prueba: DD MM AÑO

56. Fecha de lectura de la prueba (diagnóstico): DD MM AÑO

57. Diagnóstico: Negativo (VIH negativo cita en 5 años) Positivo Completar Prueba NO válida Repetir Prueba con IVAA (VIH positivo cita en 3 años)

58. Especifique los serotipos: _____

59. Observaciones: _____

60. Nombre completo microbiólogo: _____

61. Fecha de entrega de resultado: DD MM AÑO

SEGUIMIENTO POR VPH POSITIVO

62. Fecha de la prueba de IVAA: DD MM AÑO

63. Diagnóstico de IVAA: Negativo Cita 1 año Positivo Si aplica a crioterapia Positivo NO aplica a crioterapia Sospecha de cáncer Refiera

64. Fecha de crioterapia: DD MM AÑO

65. Fecha cita al mes: DD MM AÑO

66. Fecha cita al año: DD MM AÑO

67. Fecha de recepción de la boleta (Depto de estadística): DD MM AÑO

LADO 2

Anexo 4

Autorización del Estudio

Clínica Médica Estrada

El Paraíso, El Paraíso

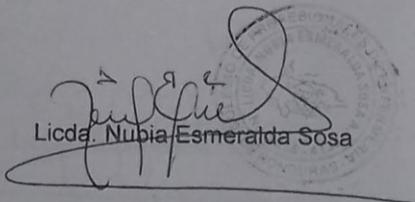
29 Enero 2018

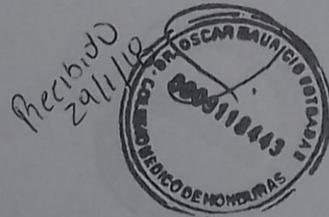
Dr. Oscar Estrada

Presente

Yo Nubia Esmeralda Sosa Aparicio maestrante de la universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (CIES-UNAN, Managua), me dirijo respetuosamente a usted con la finalidad de solicitar permiso para realizar mi trabajo de tesis con las historias clínicas de las pacientes atendidas en el año 2017 para la recolección de datos pertinentes a la investigación que titula: "Factores De Riesgo Asociados A La Presencia De Virus Del Papiloma Humano (VPH) En Mujeres Sexualmente Activas, Usuarías De Clínica Estrada, Municipio De El Paraíso, El Paraíso, Honduras, Año 2017", previo a optar el grado de Master en Epidemiología.

Esperando respuesta positiva


Licda. Nubia Esmeralda Sosa



Anexo 5: Tablas

Tabla 1: Procedencia en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.

		Localidad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Rural	19	46,3	46,3	46,3
	Urbana	22	53,7	53,7	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Fuente: Ficha epidemiológica

Tabla 2: Estimación de riesgo para Localidad

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Localidad (Rural / Urbana)	,364	,130	1,018
Para la cohorte Infección por VPH = Si	,682	,464	1,001
Para la cohorte Infección por VPH = No	1,875	,956	3,676
N de casos válidos	68		

Tabla 3: Estado civil en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.

		Estado Civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	9	22,0	22,0	22,0
	Casada	17	41,5	41,5	63,4
	Unión Libre	15	36,6	36,6	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

a. Infección por VPH = Si

Tabla 4: Tabla de contingencia Estado civil para pacientes con VPH positivo

Tabla de contingencia Estado Civil * Infección por VPH

			Infección por VPH		Total
			Si	No	
Estado Civil	Soltera	Recuento	9	4	13
		% dentro de Estado Civil	69,2%	30,8%	100,0%
	Casada	Recuento	17	6	23
		% dentro de Estado Civil	73,9%	26,1%	100,0%
	Unión Libre	Recuento	15	17	32
		% dentro de Estado Civil	46,9%	53,1%	100,0%
Total		Recuento	41	27	68
		% dentro de Estado Civil	60,3%	39,7%	100,0%

Tabla 5: chi cuadrado para estado civil

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,623 ^a	2	,099
Razón de verosimilitudes	4,678	2	,096
Asociación lineal por lineal	3,087	1	,079
N de casos válidos	68		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,16.

Tabla 6: Mediana de edad en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.

Estadísticos		
Años		
N	Válidos	27
	Perdidos	0
Media		35,70
Mediana		34,00
Desv. típ.		9,164
Mínimo		19
Máximo		59

a. Infección por VPH = No

Estadísticos		
Años		
N	Válidos	41
	Perdidos	0
Media		35,66
Mediana		34,00
Desv. típ.		9,934
Mínimo		20
Máximo		56

a. Infección por VPH = Si

Tabla 7: Edad en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de

		Grupos de Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	19-30	14	35	35	35
	31-40	16	40	40	75
	41-50	5	12,5	12,5	87,5
	51 y mas	5	12,5	12,5	100
	Total	40	100,0	100,0	

a. Infección por VPH = Si

Tabla 8: Citologías Previas en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.

		Citologías Previas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	33	80,5	80,5	80,5
	No	8	19,5	19,5	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

a. Infección por VPH = Si

Tabla 9: contingencia citologías previas

Tabla de contingencia Citologías Previas * Infección por VPH					
			Infección por VPH		Total
			Si	No	
Citologías Previas	Si	Recuento	33	20	53
		% dentro de Citologías Previas	62,3%	37,7%	100,0%
	No	Recuento	8	7	15
		% dentro de Citologías Previas	53,3%	46,7%	100,0%
Total		Recuento	41	27	68
		% dentro de Citologías Previas	60,3%	39,7%	100,0%

Tabla 10: Estimación de Riesgo citologías previas

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Citologías Previas (Si / No)	1,444	,454	4,589
Para la cohorte Infección por VPH = Si	1,167	,696	1,959
Para la cohorte Infección por VPH = No	,809	,425	1,537
N de casos válidos	68		

Tabla 11: Chi cuadrado para citologías previas

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,390 ^a	1	,533		
Corrección por continuidad	,106	1	,745		
Razón de verosimilitudes	,385	1	,535		
Estadístico exacto de Fisher				,562	,369
Asociación lineal por lineal	,384	1	,536		
N de casos válidos	68				

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,96.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 12: Presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.

Presencia de VPH

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos VPH	47	69,1	69,1	69,1
IVAA	21	30,9	30,9	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Tabla 13: Deficiencia del sistema inmunitario en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.

Presencia de VPH

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	0	0	0	0
	NO	68	100	100	100,0
	Total	68	100,0	100,0	

Tabla 14: ITS previa en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017

Tabla de contingencia ITS previa * Infección por VPH

			Infección por VPH		Total
			Si	No	
ITS previa	Si	Recuento	35	10	45
		% dentro de ITS previa	77,8%	22,2%	100,0%
	No	Recuento	6	17	23
		% dentro de ITS previa	26,1%	73,9%	100,0%
Total		Recuento	41	27	68
		% dentro de ITS previa	60,3%	39,7%	100,0%

Tabla 15: Chi cuadrado ITS previa

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,987 ^a	1	,000		
Corrección por continuidad	14,897	1	,000		
Razón de verosimilitudes	17,289	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	16,738	1	,000		
N de casos válidos	68				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,13.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 16: Estimación de riesgo ITS previa

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%

		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ITS previa (Si / No)	9,917	3,089	31,831
Para la cohorte Infección por VPH = Si	2,981	1,473	6,037
Para la cohorte Infección por VPH = No	,301	,165	,547
N de casos válidos	68		

Tabla 17: prueba T para número años de inicio de vida sexual cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Años de inicio vida sexual	Se han asumido varianzas iguales	,112	,739	,911	66	,365	,676	,741	-,805	2,156
	No se han asumido varianzas iguales			,927	58,862	,358	,676	,729	-,783	2,135

Tabla 18: Prueba T para número de parejas sexuales Número de parejas en cuanto a la presencia de VPH en mujeres sexualmente activas usuarias de Clínica Estrada, municipio de El Paraíso, Honduras 2017.

Tabla 19: Prueba ómnibus

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Número de parejas sexuales	,391	,534	,900	66	,371	,297	,330	-,362	,956
			1,002	64,849	,320	,297	,297	-,295	,889

Variables en la ecuación

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a Localidad	-,659	,621	1,126	1	,289	,517
Estado civil	,790	,427	3,419	1	,064	2,202
Pareja sexuales	-,060	,273	,048	1	,826	,942
Edad inicio sexual	-,169	,112	2,290	1	,130	,844
ITS	2,334	,674	11,981	1	,001	10,318
Constante	-1,379	2,553	,292	1	,589	,252

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Localidad, Estado civil, Pareja sexuales, Edad inicio sexual, ITS.