



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado e Investigación  
Departamento de Medicina Familiar  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Unidad Académica:  
Unidad de Medicina Familiar No. 57 La Ceiba  
Mérida, Yucatán, México

**“CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y  
MEDIDAS PREVENTIVAS EN MUJERES PORTADORAS  
DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN  
COMPARACIÓN CON NO PORTADORAS EN LA UMF  
NO. 34 CACALCHÉN, YUCATÁN”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**M.C. Marisol Cuevas Avalos**

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2013



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado e Investigación  
Departamento de Medicina Familiar  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Unidad Académica:  
Unidad de Medicina Familiar No. 57 La Ceiba  
Mérida, Yucatán, México

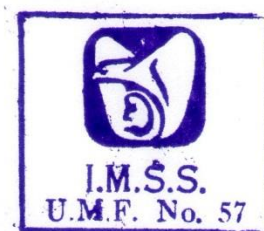
**“CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y  
MEDIDAS PREVENTIVAS EN MUJERES  
PORTADORAS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO  
EN COMPARACIÓN CON NO PORTADORAS”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

M.C. Marisol Cuevas Avalos.



MERIDA, YUCATAN, MEXICO

2013



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No. 57 MÉRIDA, YUCATÁN.**

**“CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y  
MEDIDAS PREVENTIVAS EN MUJERES PORTADORAS  
DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN  
COMPARACIÓN CON NO PORTADORAS”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. MARISOL CUEVAS AVALOS**

**MÉRIDA, YUCATÁN**

**2013**

**CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y MEDIDAS PREVENTIVAS  
EN MUJERES PORTADORAS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN  
COMPARACIÓN CON NO PORTADORAS  
EN LA UMF No. 34 DEL IMSS, CACALCHÉN, YUCATAN**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**M.C. MARISOL CUEVAS AVALOS.**

AUTORIZACIONES:



**DRA. DEISY TERESA CETZ MUGARTE**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES  
ASESORA DEL TEMA DE TESIS  
IMSS, MÉRIDA, YUCATÁN



**DRA. HORTENCIA PATRICIA CASTILLO CASTILLO**  
ASESORA METODOLÓGICA DE TESIS  
M. en C. ADSCRITA A LA UMF No. 52, IMSS CENTRO  
MERIDA, YUCATÁN



**DRA. REYNA GUADALUPE GAMBOA LEÓN**  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 12  
LIC. BENITO JUAREZ GARCÍA

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO 2012

**CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN MUJERES PORTADORAS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN COMPARACIÓN CON NO PORTADORAS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

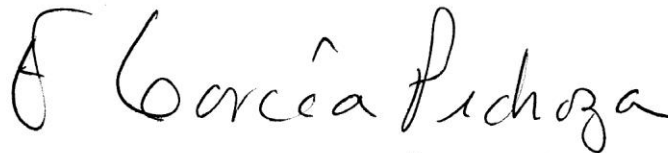
PRESENTA

**DRA. MARISOL CUEVAS ÁVALOS**

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

***Aunque una tesis hubiere servido para examen profesional y hubiese sido aprobada por el H. Sínodo, sólo su autor es responsable de las doctrinas en ella emitidas***

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS:**

Por que sin él en mi corazón, no hubiese alcanzado todo lo que hasta ahora soy, gracias por enseñarme el camino que aún sigo trazando.

### **A MI PADRE:**

Aunque se que el tiempo no volverá, me encuentro siempre dialogando contigo con el pensamiento, eres esa clase de recuerdo que perdura para siempre y no se olvida, te doy gracias por ser siempre mi guía, mi apoyo y sobre todo mi amigo, gracias por ser mi sol.

### **A MI MADRE:**

Por ser esa compañía insustituible, por todo tu amor incondicional, porque aún estando lejos se que todos mis anhelos y sueños que aún quedan por cumplir son gracias a ti que me enseñaste a tener fortaleza y entereza en todo, no existe el fracaso, porque la recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado, porque un esfuerzo total es una victoria completa.

Gracias por ser mi mundo.

### **A MI ESPOSO:**

Porque aún conservó ese bello instante y recuerdo que cambió mi vida, por todos aquellos momentos que aún siendo difíciles siempre existió una luz al final de todo, eres parte de mi ser y aún más de mi corazón.

### **A MIS HIJOS:**

Porque Dios me dio la dicha de ser, ese ser que da vida, porque aún con todo y este camino largo por recorrer, con tropiezos y victorias son mi sol, mi luna y mis estrellas ganadas, gracias por su comprensión aún cuando no estuve con ustedes, les amo.

### **AL H. SÍNODO:**

Con todo respeto.

**GRACIAS**

## CONTENIDO

• MARCO TEORICO.....	1
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
• JUSTIFICACION.....	18
• OBJETIVOS.....	19
• HIPÓTESIS.....	20
• METODOLOGÍA.....	21
• MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	27
• CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	29
• RESULTADOS .....	31
• DISCUSIÓN .....	39
• CONCLUSIONES.....	42
• SUGERENCIAS .....	44
• BIBLIOGRAFÍA.....	47
• ANEXOS.....	50



## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 Introducción

Uno de los componentes principales de la calidad de vida en una población es el nivel de salud comunitaria, en el cual intervienen algunos elementos biológicos, no biológicos y sociales. La conceptualización del modo y el estilo de vida han contribuido a una mejor comprensión y operacionalización que intervienen en el proceso salud/enfermedad. (1)

El riesgo en salud es una característica indagatoria de una persona o grupo de personas que se conoce como asociada con la probabilidad de desarrollar un proceso mórbido ó especialmente afectado de manera adversa. El grado de salud familiar hace referencia a lo que la familia es y la satisfacción que tenga (1).

Según Muñoz y Velázquez, la aparición de una enfermedad aguda, crónica ó terminal como en el caso del Cáncer Cérvico Uterino (Ca Cu), puede representar un serio problema de funcionamiento y composición que condicionan a la familia a una crisis paranormativa por la desorganización que existe y el impacto en cada uno de sus miembros.(2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad por el Virus del Papiloma Humano (VPH) constituye la segunda causa de muerte en la mujer. Se estima que el 50% de las enfermedades de transmisión sexual se puede atribuir a la presencia de factores de riesgo siendo éste el principal por su asociación del Ca Cu. (3)

Es por todo esto que la medicina y los profesionales de la salud se han preocupado preferentemente por comprender y atender los estados patológicos y se han centrado en describir las enfermedades, las causas y los factores de riesgo que desencadenan alteraciones físicas, mentales y/o sociales.

## **1.2. La Medicina Familiar con enfoque de riesgo**

El enfoque de riesgo como modelo preventivo es la tendencia a aceptar que al presentarse la exposición a la causa, la consecuencia se daría inevitablemente, con diferentes grados de expresión. Dicho enfoque está ampliamente difundido en los programas de salud, estableciéndose la tarea encomiable y deseable de evitar la exposición al riesgo, que día con día se lucha por alcanzar. (4).

La práctica de la Medicina Familiar se fundamenta en tres elementos esenciales: el estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo.(4). Es así que el análisis de la patología presentada con mayor frecuencia se manifiesta en grupos etareos predominantes, constituyendo el perfil de morbimortalidad que aunado a la evaluación demográfica de la familia, facilita al Médico Familiar y a su equipo de trabajo ejecutar estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.(5).

Con base en estas premisas, las actividades que el Médico Familiar debe realizar requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud que el servicio demanda. La familia tiene un inicio, desarrollo y ocaso, por lo que es importante mencionar las funciones que la rigen como tal:

**Socialización:** La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar a un individuo en un ser capaz de tener una actuación completa, así como una plena actuación social; esto incluye el desarrollo de habilidades sociales y de relaciones interpersonales, además en lo individual, sin olvidar la trasmisión de sus tradiciones y su cultura social. (6)

**Cuidado:** Significa cubrir las necesidades físicas y materiales, así como las de salud de cada uno de los miembros de la familia, implicando casa, alimento, vestido, es decir cubrir las necesidades materiales de la familia, relacionada con los niveles social, cultural y económico.(6).

**Afecto:** Esta en relación directa con los aspectos psicológicos de los individuos e implica cubrir las necesidades afectivas de todos los miembros de la familia, incluyendo proporcionar amor, cariño, ternura y preocupación.(6).

**Reproducción:** expresión de la sexualidad y regulación de la fecundidad: Antes se consideraba a la reproducción como una función más ya que se creía que su objetivo era el proveer de nuevos miembros a la sociedad y dejaba los aspectos de sexualidad enfocados exclusivamente a la función reproductora de la mujer, hoy en día, el movimiento social nos enfrenta directamente a los aspectos sexuales, dicha función debe replantearse y conceptuarse como un proceso en el que la familia educa y establece las condiciones para que sus integrantes expresen su sexualidad en las modalidades social, cultural y familiar.(6).

Es importante agregar, que el rol de la mujer como parte central de nuestra sociedad y la función reproductiva, generan una condición de mayor vulnerabilidad, la cual se extiende a los hijos, requiriendo de apoyo y protección, tanto en su entorno familiar como en la sociedad en su conjunto. Esta necesidad de depender transitoriamente de otros, ha llevado a diversas formas de discriminación de género, construcción sociocultural a partir de la diferencia entre los sexos que la subordina al hegemonismo masculino, el cual puede englobarse bajo conceptos como sociedad patriarcal. (6).

La multiplicidad de roles sociales que asume por tanto la mujer en lo reproductivo, productivo, comunitario, doméstico influyen significativamente sobre su condición de salud, en las tres dimensiones: física, psíquica y social, señaladas en la definición formulada por la Organización Mundial de la Salud. El proceso reproductivo, en este contexto, está dado por la condición social de la mujer sobre la cual influyen factores sociales, culturales, políticos y por factores afectivos del comportamiento individual y de las relaciones interpersonales. (6)

La promoción de la salud tiene múltiples beneficios, que pudieran resumirse en las cualidades sustantivas del ejercicio médico:

- Incremento de la calidad de vida.

- Disminución de los costos de la atención.
- Desarrollo de nuevas actitudes y destrezas por parte del Médico Familiar.
- Empatía con el paciente.

La promoción de la salud consistente en el ejercicio de medidas eficaces de prevención y la práctica satisfactoria de acciones terapéuticas sobre patologías identificadas, se debe efectuar con el propósito específico de ayudar a las familias a aprender la responsabilidad de su propio bienestar. (6)

Los trabajadores de la salud, educadores y todo aquel que trabaje con el individuo y su comunidad requiere cada vez más de un marco teórico que como un enorme paraguas de cobida a todo aquello que hacemos y que necesita se le de sentido, coherencia y unión, para no ser solo pragmáticos, por ello la resiliencia cobra cada vez mayor interés.

La palabra resiliencia proviene del latín “resiliere” que significa: saltar hacia atrás, se refiere a la elasticidad, a la propiedad de volver a la forma, el tamaño ó el estado previo después de una deformación. (7).

De esta manera el término resiliencia fue adoptado para definir a aquellos individuos que a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan biológica/ psicológicamente sanos y socialmente exitosos. Se define así como la capacidad del ser humano de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformado por ellas. La resiliencia es una combinación de factores que permiten al individuo afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida y construir sobre ellos.(7).

Se debe estar dispuesto en todo momento a instrumentar los siguientes pasos:

- Los factores de riesgo a los que el individuo está expuesto.
- Los factores de protección con los que cuenta el individuo.
- Los indicadores de resiliencia que deseamos estimular.

El Médico Familiar deberá esforzarse entonces por entender el entorno de las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población, comprometerse más con la persona que con un cuerpo de conocimientos ó grupo de enfermedades, observando a sus pacientes como población de riesgo.

Para desarrollar medidas de promoción de la salud son necesarias nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo de atención primaria, pero sobre todo un nuevo tipo de relación con el paciente; hacer promoción de la salud, en definitiva, intenta ayudar al individuo a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.

Con fundamento en lo anterior se implementó el Modelo Sistémico de Atención Médica Familiar (MOSAMEF), el cual se origina de los principios esenciales de la Medicina Familiar (Estudio, continuidad en la atención y acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo), de la identificación de las necesidades de atención a la salud familiar y de la verificación que la atención médica familiar produzca un impacto favorable en la salud. Los profesionales de la Medicina Familiar han de ser capaces de aplicar un modelo biopsicosocial que permita proporcionar una asistencia integral de calidad, en gran variedad de marcos asistenciales y a personas que surgen con muy diversos problemas de salud. Además han de incorporar, entre sus tareas cotidianas, aspectos sociales de la medicina preventiva y de la promoción de la salud. (7).

Los actuales conocimientos sobre la Historia Natural de la Enfermedad posibilitan la orientación hacia la Medicina Preventiva. El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud es un instrumento técnico profesional para la realización de una serie de actividades preventivas. Este programa puede considerarse como antecedente directo del MOSAMEF.(7).

Los avances científicos y tecnológicos han impulsado el desarrollo del trabajo en equipo, superándose el viejo concepto del médico liberal independiente y autosuficiente aceptándose la inclusión necesaria de otros roles profesionales para el Médico familiar como son la función de coordinador del equipo de salud.

Por último, es importante recordar que el modelo de atención primaria tiene como condición anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo, es decir, un modelo anticipatorio basado en diagnosticar los riesgos a que está expuesto el individuo, la acción consecuente es tratar de cancelar, modificar ó atenuar esos factores de riesgo. (7)

### **1.3. La infección por VPH**

Entre las enfermedades con alto riesgo de repercusiones en el entorno biológico y psicosocial se encuentra la infección por (VPH) siendo la infección de transmisión sexual más común y frecuente. Así mismo constituye la segunda causa de mortalidad ya que se relaciona con la presencia de Ca Cu, e igualmente cáncer de pene, próstata en el hombre y cáncer anal en ambos sexos (8). Desde luego la familia, como organización, resulta afectada cuando uno de sus integrantes se ve inmerso en un problema de salud de esta magnitud.

La epidemiología no se conoce con precisión, ya que las técnicas para investigación seroepidemiológicas son insuficientes y los diagnósticos de infecciones no genitales se realizan con base en el examen físico y posteriormente al examen histológico, aunado a la condición de una infección latente sin evidencia sintomatológica o histológica que favorezca el dato real de infección por virus.(8).

La infección por VPH, precursora de varias alteraciones, es causada por los papilomavirus humanos definidos como pequeños virus de ADN de doble cadena con una cápside proteica y al igual que otros virus, aprovechan la maquinaria celular para replicarse, siendo epiteliotrópicos.(9).

Atendiendo a su diversidad genética, dos secuencias víricas presentan en la región L1 una homología inferior al 90% que se consideran genotipos distintos. La transcendencia de esta diversidad genética no solo reside en la posibilidad de clasificar los distintos papilomavirus, sino que este esquema de genotipo corresponde a su potencial patógeno. (9).

Actualmente se han caracterizado más de 100 tipos de VPH, con más de 40 tipos anogenitales, de los cuales 15 de ellos son oncogénicos y en humanos constituyen uno de los grupos virales más frecuentes que infectan el epitelio de la piel, mucosas, conjuntivas, cavidad oral, laringe, árbol traqueobronquial, esófago, vejiga, ano y tracto genital. Los VPH 16 y 18 son los tipos más comunes de VPH encontrados en el cáncer cervical responsables de cerca del 70% de casos considerados de alto riesgo, asociados con la mayoría de los casos de cáncer anal, peneano, vaginal y vulvar. En contraste los tipos 6 y 11 de bajo riesgo son comunes asociados con más del 90% de los casos de verrugas genitales, responsables de una pequeña proporción de anomalías celulares cervicales de bajo grado y de la gran mayoría de casos de papilomatosis respiratoria recurrente, un padecimiento raro pero que pone en peligro la vida.

El VPH genital es considerado como una de las enfermedades de transmisión sexual más común en la población mundial, se calcula que el 60 al 75% de la población sexualmente activa está infectada por algún tipo de VPH sugiriéndose que la prevalencia en hombres es similar al de las mujeres. (10).

La infección es más común en la población joven con actividad sexual y se estima que tres cuartas partes de los adultos estarán infectados con VPH durante su vida. El virus del VPH en su transmisión infecta las células epiteliales basales del cérvix donde existe por cierto tiempo en estado sin expresión o latencia.

Poco se sabe acerca de la prevalencia y los patrones de infección por VPH en hombres. Los estudios han establecido la incidencia de la infección por VPH en hombres de 4 a 45%, con índices bajos que en general reflejan la ausencia de una prueba sensible para el virus en hombres. (11).

#### **1.4. La infección por VPH y el cáncer**

En algún momento el virus comienza a replicarse en células epiteliales en división, causando con frecuencia lesiones cervicales, vaginales, vulvares y peneanas de bajo grado o verrugas genitales. La mayoría de estas manifestaciones celulares de bajo grado son pasajeras y de tan poca importancia que no se tiene el

conocimiento de que están presentes. Sin embargo, pueden desarrollarse algunos cambios celulares como lesiones monoclonales de alto grado precursoras de cáncer, las cuales están muy lejos de presentar regresión espontánea. En la clasificación general de lesiones precancerosas de alto grado se encuentra la del sistema Bethesda (NIC I, NIC II), en cuya interpretación de resultados incluye: (12)

1.- Negativo para Lesión Intraepitelial ó Malignidad: cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales.

2.- Anomalía en Células Epiteliales: cuando se identifica alteraciones celulares de lesiones premalignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares. En esta se incluyen únicamente dos categorías para las lesiones intraepiteliales escamosas, basándose en que los criterios clínicos de decisión terapéutica (seguimiento o realización de colposcopia) y en que un menor número de categorías disminuye la posibilidad de la variabilidad entre observadores en la interpretación de resultados. Las dos categorías son:

- Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado: (LIEBG) que incluye infección por HPV y NIC I (displasia leve).
- Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado: (LIEAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ).

La clasificación de Bethesda introduce entonces, la categoría de Células Escamosas Atípicas que utiliza el término ASC-US (células escamosas atípicas con significado indeterminado) la cual refleja las limitaciones inherentes al examen y la dificultad para interpretar ciertos cambios celulares con precisión y reproducibilidad, que existe en ciertos casos, para brindar un diagnóstico definitivo, pueden desarrollarse sin una lesión de bajo grado precedente (NIC I), cuando se desarrollan NIC II, III, en presencia de NIC I, esto no se debe a progresión, sino a su desarrollo independiente.

Las lesiones de bajo grado asociadas con VPH de alto riesgo y que no muestran regresión tienen mayor riesgo de desarrollar NIC II, III. La NIC III que no es detectada y tratada tiene riesgo elevado de progresión eventual a cáncer invasivo.



Los VPH de alto riesgo han sido encontrados en el 99.7% de los tumores cervicales analizados; en la cavidad bucal la incidencia de papiloma es ligeramente mayor en el sexo femenino siendo su ubicación más frecuente en la lengua, paladar, encía y labio respectivamente, sin embargo el porcentaje de casos con evolución a malignidad es alarmante.

La metaplasia escamosa en la zona de transformación cervical es en particular vulnerable a los cambios oncogénicos inducidos por el VPH; esta zona es aún más susceptible durante la adolescencia, es un factor con probabilidad de ser parcialmente responsable de la alta incidencia de lesiones de bajo grado en mujeres adolescentes infectadas por VPH y del riesgo incrementado de cáncer cervical por inicio de actividad sexual a edades tempranas. (12).

La infección cervical por VPH de alto riesgo puede llevar al desarrollo de una lesión precancerosa anal de alto grado, la cual, si no se diagnostica y trata puede progresar a cáncer anal. (12).

La mayoría de los individuos infectados con VPH no saben que están infectados porque no experimentan sintomatología detectable relacionada con VPH. Los índices más altos de infección por lo general se encuentran en estudios de pacientes con infecciones de transmisión sexual y hombres en la tercera década de la vida, los índices más bajos se encuentran en muestras de la población general con una mediana de edad más alta.

Sin embargo, ya que el VPH es un virus compartido, es más probable que los índices de prevalencia en hombres y mujeres sean idénticos y que las diferencias quizá reflejen la dificultad para detectar el virus en los hombres, en comparación con las mujeres.

El VPH se propaga principalmente por contacto sexual incrementándose de forma importante la incidencia con el número de compañeros sexuales y en el momento del parto en forma vertical. El coito con penetración no es un prerrequisito para la transmisión del VPH, ya que las mujeres que permanecieron sin vida sexual en un estado longitudinal de dos años tuvieron un índice acumulado de infección para

VPH de 2.4% y casi 10% de estas mismas que tuvieron contacto sexual sin penetración(digito/vulvar, peneano/ vulvar, peneano /oral) fueron positivas para VPH en 70%.(13).Este último tipo de práctica sexual disminuye el riesgo de enfermedades asociadas con el virus, incluyendo las verrugas genitales, la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) grado 2 y el cáncer cervical invasivo; sin embargo promueve la regresión de enfermedades cervicales asociadas con el VPH, lesiones superficiales del pene y la eliminación de la infección por éste virus.

La mayoría de las lesiones cervicales de bajo grado presenta regresión espontánea, pero aproximadamente 10 a 13% progresará a lesión de alto grado, lo cual eventualmente pondrá a la paciente en riesgo de cáncer cervical invasivo. Cerca de 70 a 91% de las infecciones por VPH presentan regresión en dos años, aunque como regla las infecciones por VPH de alto riesgo son más persistentes que las ocasionadas por uno de bajo riesgo. (13).

El cáncer cervical es el segundo cáncer más común en mujeres alrededor del mundo, con un estimado de 400 000 a 5000 000 casos diagnosticados cada año, con 80% de ellos observados en países en desarrollo. Las mujeres en estos países están en mayor desventaja, ya que carecen de acceso a la detección y al tratamiento del cáncer cervical. Sin embargo, aún en países en desarrollo donde la detección es muy difundida y el tratamiento avanzado, el cáncer cervical tiene una mortalidad alta. (14)

### **1.5. Programas de detección del VPH**

Los programas de detección de VPH existen en Estados Unidos y otros países desarrollados para identificar y tratar las lesiones cervicales precancerosas, pero están fuera del alcance de la mayoría de las mujeres y son muy costosos; sin embargo en México en la mayoría de los casos existe la prueba citológica como es el Papanicolaou que nos ayuda como auxiliar diagnóstico en la detección, un procedimiento sencillo, no invasivo que se debe realizar con la correcta obtención de muestras que comprometen el endo y exocervix. Es importante mencionar que la colposcopia por ser un método más eficaz por su especificidad se ha optado en

la elección de dicho estudio en pacientes con factores de riesgo elevado para VPH. (14)

De los individuos con actividad sexual, 75% se infectará con VPH en algún momento de su vida. Es más probable que la infección por VPH ocurra en jóvenes: 74% de las infecciones nuevas ocurre en individuos de 15 a 25 años y la alta incidencia de VPH se encuentra consistentemente en mujeres jóvenes de 25 años de edad sexualmente activas.

Dentro de los factores de riesgo para VPH, es muy importante hacer mención que estos mismos se encuentran asociados a otras enfermedades y en este rubro, es relevante identificarlos oportunamente para así evitar la progresión de la enfermedad:

Mujeres:

- Edad menor de 30 años sin antecedente de control citológico.
- Inmunocomprometidas.
- Antecedentes de pareja sexual masculina infectada por VHP.
- Antecedente de infección de transmisión sexual, múltiples parejas sexuales.
- Inicio de relaciones sexuales a temprana edad. (antes de los 18 años).
- Tabaquismo.
- Nivel socioeconómico bajo.

Hombres:

- Compañeros sexuales con práctica de coito anal.
- Uso de drogas. (nitratos, alquilados / drogas inyectables).
- Edad avanzada del primer coito anal que conlleve a lesión intraepitelial anal.

La lenta evolución de la enfermedad y la facilidad para poder realizar estudios, permite tener tiempo y herramientas para detectar y erradicar la enfermedad si el diagnóstico se hace oportunamente clasificándose en dos tipos:

Clínico:

- Sangrado intermenstrual.
- Sangrado postcoital.
- Sangrado posmenopáusicos.
- Apariencia anormal del cérvix (sospecha de malignidad).
- Descarga vaginal.
- Dolor pélvico.(15)

Tamizaje:

La prueba de tamizaje de elección para CaCu, es la citología cervical convencional y el método de colposcopia, éste último es un examen que consiste en la evaluación directa del cérvix con un lente de gran aumento denominado colposcopio, mismo que permite visualizar el tejido de aspecto anormal, de encontrarse presente se realiza biopsia. Estos mismos se recomiendan en mujeres con vida sexual activa dentro de los 3 años después de la primera relación sexual ó desde los 21 años, cualquiera que ocurra primero.(16).

### **1.6. Protección específica: inmunización**

Hasta hace poco no existía una estrategia de prevención primaria efectiva para reducir el riesgo de adquisición del virus. Sin embargo, ahora está disponible una vacuna tetravalente para el VPH, la cual protege contra las infecciones por los tipos de alto y bajo riesgo (VPH 16, 18, 6 y 11). Además, una vacuna bivalente que protege contra tipos de VPH debe ser aplicada a partir de los 9 años hasta los 12 años, se efectúa de manera amplia, promete una reducción dramática de la morbi/ mortalidad asociadas con el VPH; sin embargo se está por determinar que tanto persiste realmente la inmunidad sin revacunaciones y que tanto tiempo protege la vacuna contra el desarrollo de cáncer cervical y si los hombres deben ser vacunados. (17)

A nivel mundial la mortalidad por Ca Cu, se puede reducir con la vacunación completa, se ha comprobado que las vacunas son solo efectivas si se administran antes de que la persona contraiga VPH.(17).

Casi todos los individuos han demostrado seroconversión a cada componente antigénico con la aplicación de las vacunas para VPH. Los niveles de anticuerpos son en general varias veces más altos que aquellos observados en el seguimiento de la infección natural. Sin embargo, son específicos los niveles de anticuerpos mínimos que proveen protección contra la infección de cada subtipo de VPH. (17).

Los datos de eficacia que tienen los individuos ante la vacuna tetravalente contra el VPH se enlaza o amplía en el inmunoenlace. Dicha inmunogenicidad de la vacuna tetravalente contra VPH (VPH Tipos 6, 11, 16 y 18) en niñas de 10 a 15 años de edad, se comparó con mujeres jóvenes de 16 a 23 años de edad. Después de una serie de tres dosis (0,2 y 6 meses), casi el 100 % demostraron seropositividad para cada uno de los cuatro tipos de VPH. (18)

La Food and Drug Administration (FDA) de los E.U. ha aprobado el Gardasil, una vacuna tetravalente altamente efectiva en la prevención de la infección por ciertos tipos de VPH ha demostrado eficacia para prevenir las enfermedades relacionadas con el virus a largo plazo. Los datos de seguimiento a cinco años incluyeron un subgrupo de sujetos que participaron al inicio de ensayos clínicos sobre la vacuna tetravalente contra VPH y estableció la durabilidad de la eficacia y la inmunogenicidad de la misma.

La vacuna tetravalente fue 96% efectiva al prevenir la infección persistente con los tipos de VPH 6, 11, 16 ó 18, y 100% efectiva al prevenir la Neoplasia Intraepitelial Grado I, relacionados con los tipos de VPH 16 y 18., así como las verrugas genitales relacionadas con los tipos 6 y 11. (18).

Los datos de seguimiento extendido para la vacuna bivalente (VPH 16/18) también brindaron información sobre la efectividad, seguridad e inmunogenicidad a largo plazo.

La inmunización debe ser aplazada en pacientes con enfermedad aguda de moderada a grave. Se adoptó una resolución del Vaccines for Children Program para incluir la vacuna tetravalente contra el VPH para mujeres entre los 9 y 18 años de edad el 29 de Junio de 2006.(18).

Entre las recomendaciones de la vacunación se encuentra que debería de ofrecerse a las mujeres y niñas dentro de los rangos de edad recomendados, no se recomiendan los estudios para ADN / VPH ni serología antes de la vacunación. Sería muy improbable que las pacientes a quienes se ofrece la vacunación puedan haber sido infectadas con los cuatro subtipos de VPH incluidos en la vacuna.

Esta aún proveerá protección contra enfermedades causadas por otros de los componentes antigénicos en individuos infectados con uno ó más subtipos incluidos en la vacuna.

Aunque la existencia de ensayos clínicos no ha brindado datos sobre subgrupos específicos de pacientes, se reconoce circunstancias especiales bajo las cuales el uso de la vacuna tetravalente contra el VPH podría ser considerada, aunque no del todo factible incluir mujeres con antecedente de frotis con citología anormal, que se conocen positivas para la presencia de ADN/VPH de alto riesgo ó aquellas con antecedentes de verrugas genitales y ó inmunocomprometidas. (19,20).

En conclusión, observadas las repercusiones que como tal engloban a la enfermedad por VPH debe existir, un reforzamiento en la acción comunitaria. En ese aspecto, la promoción de la salud que radica en la participación efectiva, concreta de la comunidad, en la fijación de prioridades, la toma de decisiones, la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación, permitirá alcanzar un mejor nivel de salud.

La promoción de la salud favorece así el desarrollo personal y social perfeccionando las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementarán las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente. Es esencial proporcionar

los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare en las diferentes etapas de la misma, afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto es posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa.

El sector sanitario juega un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

Dentro del proyecto para la prevención y control de enfermedades por transmisión sexual se realizan acciones de promoción de la salud tendientes a informar sobre la magnitud y trascendencia de estas mismas, programas educativos que incluyan los mecanismos de transmisión, diagnóstico y tratamiento a la población en general.

Hablando de la prevención primaria la manera de aplicarla con respecto a las enfermedades de transmisión sexual se debe llevar a cabo en toda la población, tomando en consideración los medios de transmisión, además de llevar a cabo acciones más específicas y frecuentes dirigidas a la población en general y, en particular, a poblaciones con prácticas sexuales de riesgo o vulnerables, reduciendo así, la incidencia de la enfermedad a través de la educación integral: sexual, reproductiva y promoción de la salud, orientando sus actividades al aumentar la autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que colaboren activamente en el cuidado de su salud, hablando de la prevención secundaria está debe estar dirigida a promover servicios de salud públicos y privados para el diagnóstico y tratamiento oportunos que eviten el desarrollo de secuelas de los pacientes con enfermedades de transmisión sexual. Proveer servicios accesibles, aceptables y eficaces de asistencia, en los cuales se proporcione consejería, diagnóstico, tratamiento eficaz, oportuno a pacientes sintomáticos, asintomáticos, y a sus parejas sexuales. (21,22).

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad por virus de papiloma humano es la más común de las condiciones que afectan la salud, su prevalencia se ha incrementado significativamente, debido a la falta de un diagnóstico oportuno, dado por la pobre demanda en la realización de detecciones ya que las medidas preventivas no son solicitadas con la frecuencia esperada.

Datos según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad por VPH constituye la segunda causa de muerte en la mujer. Se estima que la presencia de esta misma se atribuye a factores de riesgo siendo el principal asociado con Ca Cu.

Se estima que un porcentaje considerable de la población sexualmente activa, de 60 al 75 %, está infectada por algún tipo de VPH, y que la prevalencia en hombres es similar al de las mujeres. (3).

No se tienen cifras epidemiológicas precisas sobre de la afectación del VPH, ya que las técnicas para investigación seroepidemiológicas son insuficientes y los diagnósticos de infecciones no genitales se realizan con base en el examen físico y posteriormente al examen histológico. Aunado a esto, está la condición de las infecciones latentes sin evidencia sintomatológica o histológica que dificultan la obtención de datos reales sobre la infección. (7).

Es fundamental agregar que la mortalidad por cáncer cervical se puede reducir bajo medidas preventivas como la vacunación completa, la cual se ha comprobado que es efectiva si se administran antes de que la persona contraiga VPH. (17).

Es importante remarcar que en la población de Cacalchén los índices altos de enfermedad por VPH generan un alto grado de afectación en la mujer durante la función de reproducción, ya que las pautas de interacción y funcionales establecidas en el núcleo familiar se ven modificadas ó alteradas como causa de



la centralidad hacia el individuo enfermo, requiriéndose en el manejo terapéutico el apoyo de la pareja.

De estas condicionantes se deriva la importancia de esta investigación para seguimiento y mejora en las medidas preventivas. Se pretende explorar si el conocimiento adquirido ó la información otorgada previamente es coadyuvante para la presencia ó ausencia de la enfermedad, así como también que sus repercusiones se observen con menor frecuencia. Por lo anterior surge el siguiente problema de investigación:

**¿Cuál es el conocimiento sobre los factores de riesgo y medidas preventivas del VPH que tienen las mujeres portadoras del virus en comparación con las no portadoras?**

### 3. JUSTIFICACION

La relevancia de la enfermedad por VPH no reside en sus características como enfermedad, sino en el incremento de riesgo de padecer Ca Cu.

Estudios epidemiológicos han concluido que varios factores de riesgo tienen relación con la enfermedad por VPH, dentro de esto se cita el inicio a una edad temprana de la vida sexual, múltiples parejas sexuales, el tabaquismo y el nivel socioeconómico bajo.

El crecimiento desmesurado en la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual como el Virus del Papiloma Humano, Sífilis, Gonorrea y Virus de la Inmunodeficiencia Humana, han permitido que estas entidades nosológicas hayan superado a la prevalencia de las enfermedades crónicas.

La falta de un diagnóstico oportuno hace que la enfermedad pueda progresar hacia un estado de salud no favorable, esto aunado a la falta de conocimiento ó a la poca demanda en la solicitud de detecciones.

En virtud de que la infección por el VPH requiere de un conocimiento amplio de la población en riesgo, es necesario contribuir en que esa población perciba su corresponsabilidad ante la realización de detecciones oportunas para así lograr los objetivos del tratamiento y medidas preventivas en la detección temprana, atenuando así la repercusión de la enfermedad dentro del núcleo familiar.

La importancia en la detección del VPH radica en la identificación de pacientes con alto riesgo de padecerla, donde el Médico Familiar pueda actuar para realizar una valoración, otorgar tratamiento oportuno y seguimiento de su desarrollo, ya que esta misma engloba en conjunto alteraciones en lo reproductivo, biológico, social y porque no agregar también en la dinámica familiar ya que como tal repercute en las funciones que son parte de su ciclo evolutivo.

En la actualidad, a medida que la enfermedad por VPH es detectada, se ha aceptado la estrategia de aplicar precozmente medidas preventivas para el Ca Cu, como la vacunación a las mujeres de alto riesgo.

Siendo el VPH una de las enfermedades de mayor frecuencia a nivel mundial y predictor del Ca Cu, se torna necesario el presente estudio, para identificar el conocimiento de los factores de riesgo y medidas preventivas en mujeres portadoras del VPH en comparación con no portadoras, que contribuya a la implementación de nuevas estrategias para su control por parte del Médico Familiar.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. General**

Comparar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y medidas preventivas del VPH que tienen las mujeres en edad fértil portadoras del virus con las no portadoras.

### **4.2. Específicos**

Identificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y medidas preventivas del VPH de las mujeres en edad fértil portadoras del virus.

Identificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y medidas preventivas del VPH de las mujeres en edad fértil no portadoras del virus.

Determinar si la diferencia entre el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y medidas preventivas del VPH entre las mujeres portadoras y las no portadoras del virus es significativa.

## **5. HIPÓTESIS**

### **5.1. Nula**

$H_0$ : El nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y medidas preventivas del VPH que tienen las mujeres en edad fértil portadoras del virus es igual al que tienen las no portadoras.

### **5.2. Alterna**

$H_1$ : El nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y medidas preventivas del VPH que tienen las mujeres en edad fértil portadoras del virus es diferente al que tienen las no portadoras.

## 6. METODOLOGIA

### 6.1. Tipo de estudio

Retrospectivo, observacional, analítico, comparativo, de casos y controles.

### 6.2. Población (universo) lugar y tiempo

Mujeres en edad fértil de 20 a 29 años adscritas a la Unidad Médica No.34 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la comunidad de Cacalchén en el período comprendido de 1º.Noviembre del 2010 a 30 Abril del 2011.

### 6.3. Tipo de muestra

No probabilística consecutiva tomando como universo a las mujeres en edad fértil de 20 a 29 años en la Unidad Médica No.34 Cacalchén que cumplan con los criterios de inclusión.

### 6.4. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó con base en la fórmula de muestreo sin remplazo para población finita:

$$d = z \frac{s}{\sqrt{n}} * \sqrt{\frac{N-n}{N-1}}$$

El cual despejando el valor de  $n$  queda de la siguiente forma:

$$n = \frac{Nz^2s^2}{d^2(N-1) + z^2s^2}$$

Universo: 306

Intervalo de confianza (d): 3.40

Varianza ( $s^2$ ): 196.406

El tamaño muestral mínimo sería  $n = 53.76$

Despeje:

$$n = \frac{306 (1.96)^2}{11.6 (306-1) + (1.96)^2 196.4}$$

$$n = \frac{306 (3.84) 196.4}{3.538 + 754.176} = \frac{230.777.85}{754.176} = \frac{230,777}{4292.17}$$

Tamaño de muestra estimado  $n = 53.76$  55 pacientes

## 6.5. Criterios de selección de los participantes

### 6.5.1. Casos

#### Criterios de inclusión:

- Mujeres en edad fértil 20 a 29 años derechohabientes con Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino positivo a VPH y que hayan tenido seguimiento.
- Mujeres con vida sexual activa.
- Mujeres con seguimiento de DOC normal cada 2 años.

#### Criterios de exclusión:

- Mujeres no derechohabientes que no tengan DOC reciente ó de primera vez en su realización.
- Mujeres sin cartilla PREVENIMSS.

### 6.5.2. Controles

#### Criterios de inclusión

- Mujeres en edad fértil que tengan diagnóstico citológico negativo a VPH, con seguimiento de este mismo cada 2 años.
- Pacientes derechohabientes con DOC negativo a VPH.

- Pacientes con seguimiento periódico desde el inicio de su primera detección hasta cada 2 años, si la primera fue negativa.

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no tengan seguimiento periódico aún con diagnóstico citológico negativo para VPH.
- Pacientes que se hayan practicado una detección de manera tardía.

#### **Criterios de eliminación casos / controles:**

- Pacientes con diagnóstico citológico positivo para VPH sin seguimiento.
- Pacientes no consideradas dentro del rango etareo de 20 a 29 años.

### **6.5. Variables**

#### **6.5.1. Dependientes**

**Portadoras del VPH.** Mujer con VPH: Paciente en etapa reproductiva de 20 a 29 años con vida sexual activa que adquiere la enfermedad del Papiloma Humano causada por el virus de doble cadena con una cápside proteica, latente, sintomática y la cual se detecta por la prueba de diagnóstico citológico y que se relaciona con Ca Cu.

**No portadoras de VPH.** Mujer sin VPH: Paciente en etapa reproductiva de 20 a 29 años con vida sexual activa que no haya adquirido la enfermedad del Papiloma Humano corroborada mediante la prueba de diagnóstico citológico realizada en forma anual y cada 2 años.

#### **6.5.2. Variables independientes**

**Conocimiento.** El conocimiento engloba el concepto por hechos o datos de información, adquiridos por un individuo a través de la experiencia,

educación y comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad, lo que se adquiere en información relativa a un campo determinado o a la totalidad del universo (23). El Conocimiento de Factores de Riesgo y Medidas Preventivas incluye: vida sexual activa a temprana edad, omisión de control citológico, inmunidad, parejas infectadas y diversidad en las mismas, estrato socioeconómico y adicciones.

**Edad.** Tiempo transcurrido desde el inicio de un evento, una de las partes de la vida de una persona, un periodo en la historia, un avance del tiempo ó de la vida.(25)

**Estado civil.** Es la cualidad de un individuo en su especial situación y consiguiente condición de miembro en la organización civil de una comunidad, lo que determina su independencia o dependencia jurídica afectando su capacidad de obrar (general, especial), es decir, al ámbito propio de poder y responsabilidad.

**Escolaridad.** Período de tiempo que transcurre la estancia de una persona en un centro escolar para estudiar y recibir la enseñanza adecuada, la escolaridad obligatoria dura hasta 16 años. (25)

**Tipo de familia.** El tipo de familia es la categorización de ésta en función de sus miembros presentes, la cual es importante dado que ellas determinan las interacciones posibles y el contexto en el que se encuentra inmersa la familia. (25)



### 6.5.3. Definición operativa de las variables

#### Dependientes:

VARIABLE:	OPERACIONALIZACIÓN:	ESCALA DE MEDICION:	INDICADOR:
Portadora de VPH	Mujer en edad fértil 20 a 29 años derechohabiente con diagnóstico citológico positivo a VPH y haya tenido seguimiento.	Dicotómica	DOC positivo
No portadora de VPH	Mujer en edad fértil con diagnóstico citológico negativo a VPH, y seguimiento de este mismo cada 2 años, previo conocimiento de la enfermedad.	Dicotómica	DOC negativo

DOC Positivo: Identificación microscópica de anomalías epiteliales con alteraciones celulares de lesiones premalignas ó malignas en las células escamosas o en las células glandulares.

DOC Negativo: Identificación microscópica sin la evidencia de anomalías de las células epiteliales ó alteraciones celulares en las células escamosas ó glandulares. (12).

**Variables independientes:**

<b>VARIABLE:</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN:</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN:</b>	<b>INDICADOR:</b>
Conocimiento	Es el conjunto de ideas, conceptos, hechos y principios que se ha adquirido mediante la información formal e informal en el ejercicio de las facultades de cada paciente.	Cuantitativa continua	Puntuación obtenida en el cuestionario Escala: 0 a 30
Edad:	Tiempo vivido hasta el momento mismo que comienzan cambios estructurales.	Cuantitativa	Datos obtenidos del instrumento.
Sexo:	Distinción de género.	Cualitativa nominal.	Datos obtenidos del instrumento.
Estado civil:	Asignación de situación que proporciona el Estado y las leyes que lo rigen.	Cualitativa discreta.	Datos obtenidos del instrumento.
Escolaridad:	Nivel de estudio alcanzado por cada individuo.	Cualitativa discreta.	Datos obtenidos del instrumento.
Tipo de familia:	Asignación de acuerdo a la composición estructural en el núcleo familiar.	Cualitativa nominal.	Con puntuación obtenida del cuestionario (anexo 3) Escala numérica asignada para cada caso: 1.Familia nuclear. 2.Familia extensa. 3.Familia extensa compuesta.

## **6.6. Métodos y procedimientos para recolectar la información**

En la UMF # 34 de Cacalchén, Yucatán, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el período comprendido del 01 Noviembre del 2010 al 30 de Abril 2011, previa aprobación del Comité Local de Investigación y firma del Consentimiento Informado, se efectuó mediante un muestreo no probabilístico consecutivo, la selección de 60 pacientes con y sin diagnóstico positivo para VPH.

El proyecto se dio a conocer por medio de difusión entre las pacientes para fortalecer su participación en el estudio. La información recolectada incluyó variables demográficas como: edad, estado civil, escolaridad y tipo de familia.

Seleccionadas las pacientes la intervención consistió en las siguientes actividades:

1.- Con solicitud de firma de consentimiento informado, (anexo 1), se realizó evaluación clínica de las pacientes ya identificadas, bajo criterios de inclusión y exclusión.

2.- Se recopilaron los resultados de las pruebas citológicas practicadas durante el período comprendido de Noviembre 2010 a Abril del 2011.

3.- Se evaluó el conocimiento de los factores de riesgo y medidas preventivas en mujeres portadoras y no portadoras del VPH mediante un cuestionario con las características y factores propuestos por los autores relacionados en el marco teórico al igual que los criterios que señala la Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2- 2000 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual caracterizadas por secreción vaginal. (22)

4.-La información se recolectó por medio de dos instrumentos, el cuestionario que contó con 15 ítems (anexo 2). Se asignó de acuerdo a la respuesta de cada grupo la calificación de 30 puntos como máximo y 0 puntos como mínimo. La validación de contenido se realizó mediante consulta a expertos de acuerdo al modelo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Carabobo, Venezuela consistente en la presencia de características importantes como claridad en la redacción,

coherencia interna, inducción a la respuesta, lenguaje adecuado del informante y medición de lo que se pretendió indagar. (24). Un segundo instrumento fue utilizado para evaluar la variable tipo de familia (anexo 3). Se asignó afirmativo para cada caso en que estuviera compuesta esta misma, evaluándose posteriormente de acuerdo a la clasificación por él Dr. Apolinar Membrillo Luna en donde define familia nuclear constituida por el Padre, madre e hijos; extensa ó extendida: a la conformada por el padre, madre, hijos y algún otro familiar consanguíneo abuelo, abuela materna ó paterna), extensa compuesta constituida por el padre, madre, hijos, algún pariente consanguíneo y alguna otra persona sin parentesco familiar (compadres, amigos).

### **6.7. Análisis estadístico:**

En análisis estadístico se realizó en cuatro fases utilizando el programa de Excel y el paquete SPSS para Windows versión 19:

- 1.- Validación del cuestionario: Se determinó la confiabilidad u homogeneidad mediante la prueba estadística Alfa de Cronbach.
- 2.- Para el resumen y presentación de los datos demográficos de las participantes: se elaboraron tablas de frecuencias, proporciones y las gráficas correspondientes.
- 3.- Para calcular la magnitud de la relación entre las variables (ser o no ser portadora y nivel de conocimiento) se realizó el cálculo de la Razón de Momios (Odds Ratio).
- 4.- Para la prueba de hipótesis se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas de acuerdo a las variables analizadas: t de Student para la estimación de la diferencia de medias de las calificaciones del cuestionario respecto a la variable conocimiento. Y chi cuadrada para las variables nivel escolar y estado civil, que dentro de su uso principal es estimar la comprobación de las frecuencias observadas con las esperadas.

5.- La inclusión de las variables demográficas (edad, estado civil, nivel escolar, tipo de familia) en el análisis radica en que guardan relación con la presencia de la enfermedad, toda vez que esta última tiene como rango característico la alta incidencia en mujeres jóvenes sexualmente activas. Basándose en el marco teórico, de igual forma se considera, que es un padecimiento frecuente aún en países desarrollados donde la detección es difundida y el tratamiento es avanzado persistiendo y presentándose como precursor de Ca Cu.

## **7. RECURSOS**

### **7. 1. Humanos**

Esta investigación fue realizada por una alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social Modalidad Semipresencial con la colaboración del personal que labora en el área respectiva (enfermera general y promotora de salud).

### **7. 2. Materiales**

Se utilizaron los siguientes recursos materiales:

- Expediente Clínico.
- Hoja de recolección de datos.
- Hojas impresas.
- Computadora.
- Lápices, hojas de registro.

### **7. 3. Financieros**

No se requirió financiamiento externo, se llevó a cabo con los propios recursos del Instituto Mexicano del Seguro Social, siendo los procedimientos comunes a la práctica de Medicina Familiar.

## **8. CONSIDERACIONES ETICAS:**

Es importante hacer mención que los procedimientos que se llevaron a cabo no alteraron el tratamiento médico establecido así como tampoco implicaron procedimientos invasivos al paciente. El estudio de investigación cumple con las normas éticas para la investigación biomédica en el ser humano Ley General de Investigación Biomédica, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki; y sus enmiendas en Finlandia Junio 1964 y la 52ª. Asamblea General. Edimburgo, Escocia octubre 2000 así como los Códigos y Normas Internacionales vigentes para las nuevas prácticas de la investigación clínica. Se mantuvo el anonimato de las participantes, así como la confidencialidad por ellas.

El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética de la institución en donde se realizó la investigación.

## 9. RESULTADOS:

El análisis para la obtención de resultados se realizó en cuatro etapas las cuales se describen a continuación:

**9.1. Validación de la confiabilidad del instrumento:** La determinación de la confiabilidad u homogeneidad se realizó mediante la prueba estadística Alfa de Cronbach, siendo de .603 resultado que denota una correlación/ asociación de magnitud sustancial, confiabilidad alta y asociación moderadamente directa. La validez de contenido se realizó en forma cualitativa mediante consulta a expertos como ya anteriormente se mencionó.

**9.2. Presentación de las variables demográficas y sus relaciones:** Aunque la finalidad del estudio fue comparar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y medidas preventivas del VPH que tienen las mujeres en edad fértil portadoras del virus con las no portadoras, se presentan a continuación las características demográficas de las participantes que se consideraron relevantes para la descripción de los hallazgos:

En este estudio basado en el diseño de casos y controles, se incluyeron un total de 60 pacientes, 30 casos y 30 controles. La muestra derivó de la población adscrita a la Unidad Médica Familiar No. 34 Cacalchén (Sector 3/ Turno Matutino).

**Edad:** La edad mínima de 20 y máxima de 29 años, siendo el promedio de edad 24 años con una desviación estándar de 1.2. No se reportan pacientes dentro del rango etareo posterior a los 25 años, ya que se eliminaron por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos para el estudio, correspondiendo a un 5 % de la población seleccionada como elegible. De igual forma se reporta la presencia de DOC positivo ó negativo para enfermedad por VPH en la población estudiada y porcentaje de acuerdo a la edad (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución por edad de la Población estudiada.

EDAD:	CASOS:	PORCENTAJE:	CONTROLES:	PORCENTAJE.
20 años:	1	3.3 %	1	3.3%
21 años:	1	3.3 %	0	0.0
22 años:	1	3.3 %	2	6.7 %
23 años:	8	26.7%	10	33.3%
24 años:	8	26.7%	9	30.0%
25 años.	11	36.7 %	8	26.7%
<b>Total:</b>	30	100.0	30	100.0

Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Cacalchén, Yucatán.

**Nivel de escolaridad:** La escolaridad presentada por las participantes tuvo un predominio del nivel de preparatoria y un mínimo primaria encontrándose solo una con el nivel de licenciatura. Del total de la de la población estudiada, n= 60, 12 que corresponde al (20%) fueron nivel secundaria, 4 que corresponde al 6.6% fueron licenciatura. (Tabla 3).

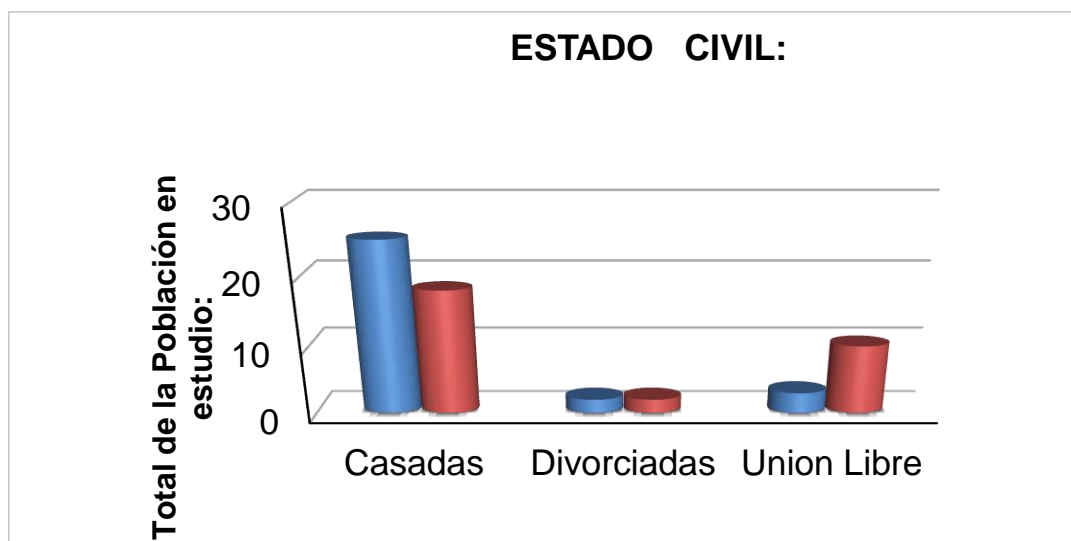
Tabla 2: Grado escolar de la Población estudiada:

GRADO ESCOLAR	PORTADORAS	NO PORTADORAS.	TOTAL:	PORCENTAJE:
PRIMARIA:	15	2	17	28.3 %
SECUNDARIA:	8	4	12	20%
PREPARATORIA	6	21	27	45%
LICENCIATURA:	1	3	4	6.6%

Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Cacalchén, Yucatán.



**Estado Civil:** De acuerdo al estado civil en la Población total n= 60, 43 se registraron con estado civil casadas, las cuales corresponde a un 71.6%, 25 de estas mismas que corresponde al (41.6%) presentaron VPH, seguidas de 13 en unión libre que corresponde al (21.6%) y solo en este último rubro el (8.3%) de las pacientes presentaron VPH.(Grafica 1).



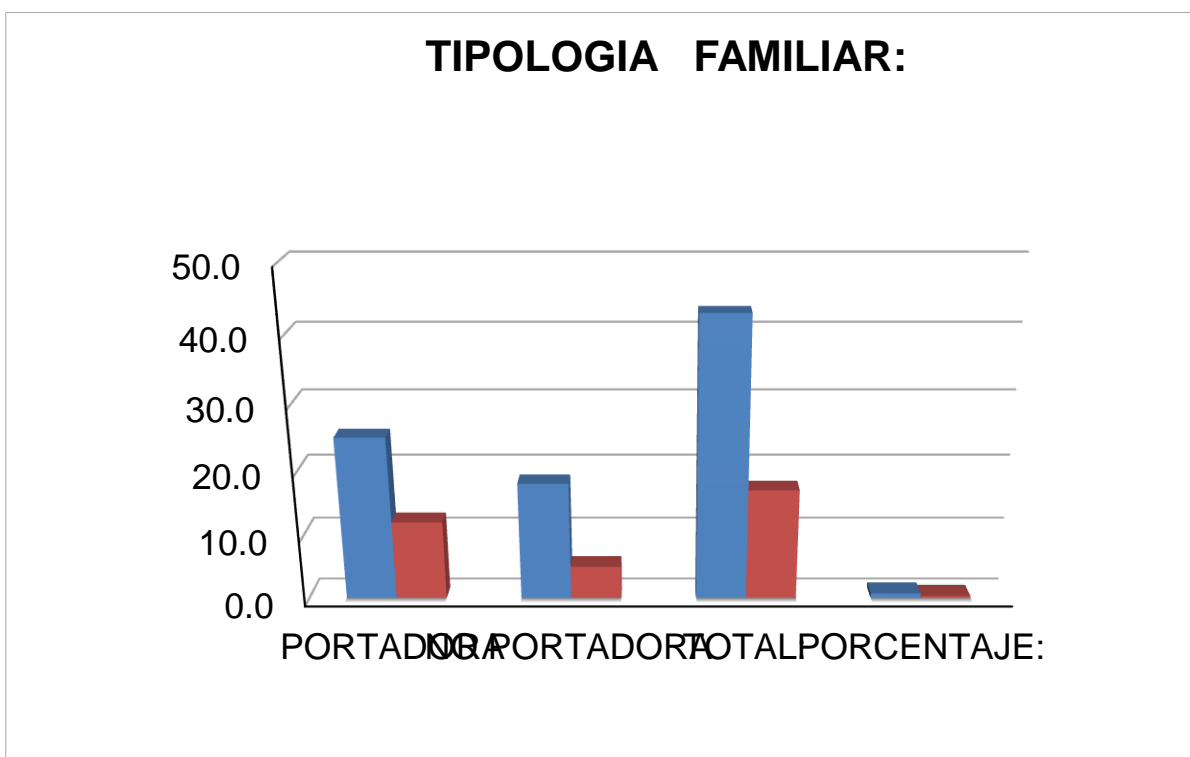
Grafica 1.-Distribución de las participantes por Estado Civil.

Para ambas variables nivel escolar, estado civil se utilizó Chi cuadrada como muestra única no paramétrica cuyo uso principal fue comparar la posible diferencia entre las frecuencias observadas con respecto a las esperadas, en el caso del nivel escolar que predominó en las no portadoras existió una diferencia estadística significativa  $P= 0.0001$ , siendo un factor importante pero no definitivo para adquirir ó no la enfermedad.

Importante mencionar en el caso del estado civil no hubo diferencia significativa con respecto a la enfermedad al encontrar similitud en este mismo, entre las portadoras y no portadoras con un resultado  $P= .243$ .

Es de importancia enfatizar la presencia de la enfermedad en la vida reproductiva y como de alguna u otra forma afecta al Núcleo Familiar, es por eso que se incluyó en el acopio de datos una encuesta (anexo 3) para obtener el tipo de familia al que pertenecen:

Nuclear: con 43 pacientes que corresponde al (71.6%), extensa 17 pacientes que corresponde al (28.3%) no se encontró asociación entre 2 variables enfermedad y tipo de familia. (Gráfica 2).



Grafica 2.-Distribución de las participantes por Tipología Familiar.

La predominancia del tipo de familia nuclear seguida de la extensa, indica que la mayoría de la población en estudio se encuentra integrada por padre, madre e hijos y agregar que se registraron casos en que el núcleo familiar estaba compuesto solo por los Padres debido a la fase del ciclo evolutivo: matrimonio, entendiéndose en este apartado de acuerdo a la clasificación de Irigoyen Coria es la fase en donde aún no hay dentro del núcleo familiar hijos. (25)

Tabla 3: Ciclo de Vida Familiar Predominante:

ETAPA DEL CICLO VITAL:	NÚMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
MATRIMONIO	43	71.6 %
EXPANSIÓN	12	20%
DISPERSIÓN	5	8.3%
INDEPENDENCIA	0	0
RETIRO Y MUERTE	0	0
TOTAL	60	

Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Cacalchén, Yucatán.

### 9.3.- Análisis del grado de asociación de las variables conocimiento y ser o no portadora de VPH.

Para el análisis del grado de asociación de las variables que constituyen el objetivo principal de este estudio: conocimiento y ser portadora ó no portadora, se realizó el cálculo de la razón de momios, Ods Rattio (OR), ó desigualdad relativa, considerando un intervalo de confianza del 95%, ( $p \leq 0.05$ ). Se obtuvo como resultado  $OR = 0.03$  (Tabla 4).

Para tal fin se consideró como expuesta a la persona sin conocimiento( riesgo) de acuerdo a las calificaciones obtenidas en el cuestionario con un punto de corte de 30 puntos como máximo y 0 puntos como mínimo y con conocimiento si obtenían una puntuación igual ó mayor de esta puntuación. Para la variable dependiente se consideró la positividad (enfermedad o ser portadora) ó negatividad (no ser portadora) en la prueba de detección del virus VPH.

Tabla 4: Variable de estudio:

	PORTADORA	NO PORTADORA	TOTAL:
<b>EXPUESTOS:</b>	A= 30	B=30	0.03
<b>NO EXPUESTOS:</b>	C=30	D=30	
	A+C=30	B+D=30	

Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Cacalchén, Yucatán.

El resultado fue diferente a lo esperado, se asumiría que las portadoras de VPH tendrían menor conocimiento sobre la enfermedad y por eso posiblemente la hayan contraído y las no portadoras tendrían mayor conocimiento y esto a su vez les favorecería para no contraer la enfermedad. Sin embargo, los resultados fueron a la inversa: se observó una proporción de riesgo mayor (73.3%) en los controles expuestos al riesgo (participantes portadoras que no tienen conocimiento). Y según la OR ó desigualdad relativa obtenida, los controles en riesgo (sin conocimiento) tienen 0.03 veces más probabilidad de tener la infección de VPH (enfermedad) que los casos en riesgo (sin conocimiento).

**9.4. Prueba de hipótesis ó significancia estadística:** Se realizó la prueba de significancia estadística para la comparación de las diferencias en los resultados del conocimiento en las portadoras y no portadoras del virus VPH:

Al medirse la variable conocimiento en forma numérica la prueba que se eligió fue la t de Student para dos muestras independientes no pareadas, para comparación de las medias de las puntuaciones.

Tabla 5: Conocimiento de la Población en estudio:

CONOCIMIENTO:	PORTADORA:	NO PORTADORA:	TOTAL:	PORCENTAJE:
MALO		3	3	5 %
REGULAR	2	19	21	35%
BUENO	28	8	36	60%

Fuente: Encuestas realizadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Cacalchén, Yucatán.

Tabla 6: Puntuaciones obtenidas por las participantes en el cuestionario sobre conocimiento del virus VPH y medidas preventivas:

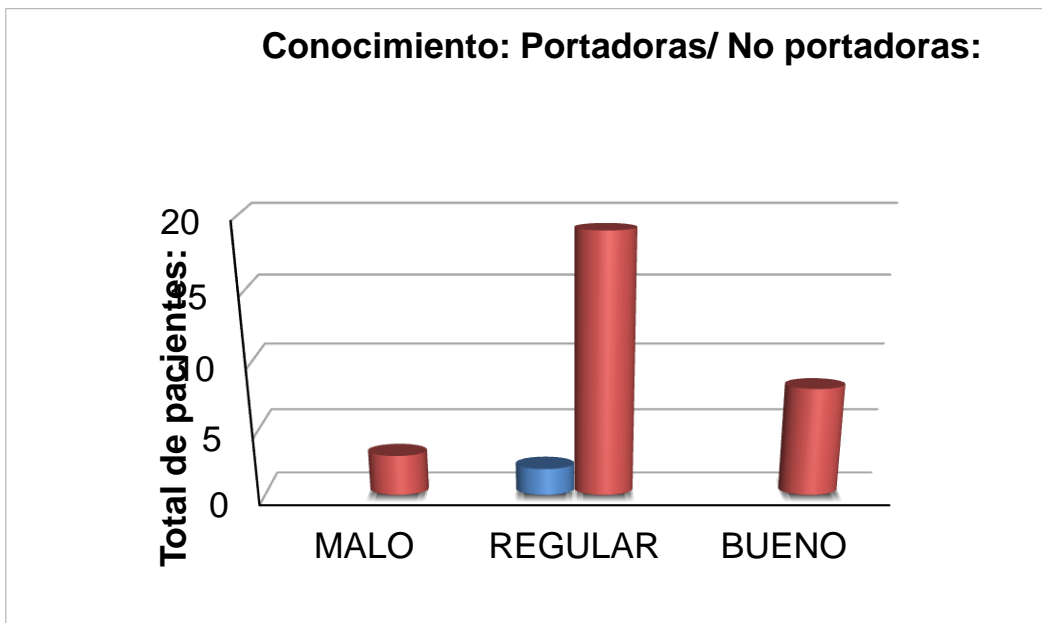
Puntuación:/	Portadoras:	No Portadoras:
Máximo:	29	28
Mínimo:	24	20
Media:	27.7	23
Desviación estándar:	1.29	2.23

Fuente: N= 60. Resultados obtenidos en la administración del cuestionario.

En el total de la muestra (n=60), de acuerdo a los datos obtenidos en el conocimiento de los factores de riesgo y medidas preventivas para VPH las portadoras ó casos obtuvieron mejor puntuación (Media=27.7) que las no portadoras controles (Media= 23.63).

Como resultado de significancia estadística entre el conocimiento de los casos y controles estudiados, se obtuvo un valor de  $t = 8.4$ ,  $gl = 58$ ,  $IC = .72$ ,  $s = 6$ . Se realiza de acuerdo a este resultado la siguiente interpretación: con una desviación estándar de 1.3 y 2.2 en la población total de 60 pacientes encuestadas portadoras y no portadoras respectivamente.

Existen diferencias estadísticamente significativas por lo cual se rechaza  $H_0$ , se acepta  $H_a$ . Por lo que la presencia de la enfermedad, determina mayor conocimiento en portadoras (casos) en relación a las no portadoras. (controles).



Grafica 3.-Resultados del conocimiento sobre el VPH y medidas preventivas en los casos (portadoras) y los controles (no portadoras estudiadas en esta investigación).

## 10. Discusión:

La enfermedad por Virus del Papiloma Humano es una enfermedad impactante, precursora del Cáncer Cervico Uterino en la comunidad de Cacalchen.

Mediante el muestreo no probabilístico consecutivo se observó una frecuencia alta en la presencia de la enfermedad, los datos fueron relevantes al analizar el grupo etáreo predominante de 20 a 25 años, con una media de 24 años, este periodo de edad es un momento que se caracteriza por una completa maduración sexual, en donde pueden existir relaciones sexuales no planificadas o conocimiento débil en cuanto a las enfermedades consideradas dentro del grupo transmitidas sexualmente.

Siendo la infección más común en la Población joven con actividad sexual, se estima que tres cuartas partes de la población adulta en algún momento durante su vida estarán infectados por VPH. (11).

Aunque se incluyeron pacientes entre edades de 20 a 25 años, la edad que predominó de acuerdo a criterios de inclusión mencionados fue de 23 a 25 años, esta última con mayor índice de VPH. No obstante mencionar que no solamente la presencia de dicha enfermedad se relaciona con este grupo etáreo, sino que es común el desconocimiento ante las medidas preventivas por lo que en gran parte no se diagnostica oportunamente.

En este estudio la mayoría de las pacientes formaban parte de familias nuclear (43 pacientes) que correspondió al 71.6% y extensa (17 pacientes) que corresponde al 28.3% cabe resaltar que en algunas de estas familias se observó predominancia de la fase de matrimonio y expansión del ciclo de vida familiar , precisamente por considerarse dentro del rango etareo adulto joven.

Es así entonces que los resultados obtenidos mediante la encuesta realizada (anexo 3) el tipo de familia que predominó para la enfermedad por VPH fue la familia nuclear a diferencia de la extensa; puede explicarse en un momento dado que el tipo de familia no repercute en la presentación de la enfermedad.

Es importante enfatizar que de acuerdo al análisis estadístico para la variable conocimiento y enfermedad que fue el objetivo del estudio existe una relación

significativa muy probablemente porque en la población se observó interés por adquirir información acerca de las medidas preventivas ante esta misma y sus repercusiones. Partiendo de este punto predominó el buen conocimiento para las Portadoras y regular para las No Portadoras, reportándose un mal conocimiento que correspondió al 5 % del total.

Hablando de las funciones del Núcleo Familiar de acuerdo al análisis empleado el VPH como enfermedad definida precursora del Ca Cu es una patología que dentro de los diferentes contextos de afectación impacta principalmente a la Familia en la función predominante de la reproducción por el daño ó alteración. Esto secundario a la problemática que conlleva la presencia del virus en la mujer y sus repercusiones en la vida reproductiva. Partir de la idea que solamente el análisis se llevó a cabo con 60 pacientes de las cuales 30 son portadoras en comparación con otras que no presentaron la enfermedad ó bien que de alguna forma y de manera temprana desconociendo las medidas preventivas hacia la enfermedad la adquirieron; sin embargo agregar que predominó el interés por continuar el seguimiento.

Se observó mediante el análisis que las pacientes tienen información básica acerca de la enfermedad, el conocimiento adquirido, las medidas preventivas y la presentación de esta misma dio pauta para el reconocimiento en la mayor parte de la importancia que radica el seguimiento. Aunque en la población en estudio en su mayoría predominó la fase del ciclo vital familiar matrimonio / expansión, es de agregar que la enfermedad según datos obtenidos es frecuente en el grupo etáreo de 25 años; sin embargo por la limitación a solicitar información acerca de esta misma, la enfermedad se diagnostica de manera tardía abarcando hasta del ciclo de vida familiar en fase de dispersión ó más aún de retiro, otra limitante sería en ocasiones el desapego al seguimiento para la evolución clínica favorable.

Hablando del nivel escolar fue más bajo para las portadoras y más alto para las no portadoras sin embargo no hubo relevancia para la presencia de la enfermedad



toda vez que no fue el objetivo del estudio, pero tomando en cuenta dicha variable deducimos que a mayor nivel escolar mayor conocimiento, siendo factor importante pero no concluyente ya que pudiera ser que algunas de estas pacientes desempeñan una actividad laboral fuera de su domicilio, por lo que se les facilita mayor accesibilidad a información visual ó verbal otorgada en parte por servicios médicos asistenciales en su área laboral.

En estos resultados sobresale que la población estudiada en general posee conocimiento bueno / regular lo que resulta en una asociación entre la presencia ó ausencia de la enfermedad, coincidiendo que existe interés por conseguir un bienestar en la salud individual.

La presencia de la enfermedad en la comunidad estudiada se tomó como registro de los casos positivos adscritos a la Unidad Médica, sin embargo se deduce que existe un número significativo de casos no registrados en la Unidad de Medicina Familiar estudiada, ya que parte de parte de una comunidad aledaña acude a un sector de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que demanda atención médica y detecciones en dicho sector. Por consiguiente la falta de un reporte oportuno en la población en estudio, hace difícil su captura y aún más del conocimiento en el manejo mediato y de las complicaciones ó repercusiones en el contexto bio-psico-social.

## **11. Conclusiones:**

En la Comunidad Cacalchén Yucatán del total de la Población en estudio se detectó la enfermedad en el grupo etareo predominante de 25 años un porcentaje correspondiente al 18.3%, donde se incluyeron variables demográficas como edad, estado civil, nivel escolar, tipo de familia.

Dentro de los datos característicos del paciente con VPH fue: mujer portadora de 20 a 25 años, con DOC positivo y seguimiento periódico.

El factor de riesgo ausente ó conocimiento de la enfermedad se comportó como un rango significativo para el seguimiento y prevención de complicaciones en muchos de los casos, ya que no se reportaron en estas mismas, interrupciones del manejo ó desinterés para su evolución clínica favorable.

El factor de riesgo regular ó desconocimiento de la enfermedad predominó en ciertos casos por el interés de prevenir la aparición de la enfermedad; solo en un 5% demostró desconocimiento hacia la enfermedad por lo que en un momento dado puede existir repercusiones en la presentación de la enfermedad de manera tardía.

Dentro de las variables de estudio en el nivel escolar hubo asociación estadística pero no concluyente, dentro del cual predominó el nivel escolar preparatoria en pacientes no portadoras que en las portadoras; sin embargo no fue relevante, toda vez que las pacientes se seleccionaron de acuerdo a criterios antes descritos y que la importancia del estudio radicó en el conocimiento adquirido hacia la enfermedad y sus medidas preventivas.

El tipo de familia al que pertenece la población en estudio no se relaciono estadística con la presencia de enfermedad, sin embargo se observó que predominó la familia nuclear en pacientes portadoras, entendiéndose la conformada por padre, madre e hijos.

Mediante el estudio realizado, se observó predominancia de la enfermedad, sin embargo en algunos casos la falta de un diagnóstico oportuno hace que esta misma pueda progresar hacia un estado de salud no favorable, asociado a la falta de conocimiento ó a la poca demanda en la solicitud de detecciones, por lo que en muchas ocasiones esta misma puede trascender hasta el grupo etéreo del Adulto Mayor.

Es importante hacer énfasis que el Médico Familiar como parte de las actividades que comprometen el contexto en el bienestar bio-psico-social debe llevar a cabo la identificación de casos de riesgo, elegir las acciones preventivas, terapéuticas adecuadas y eficaces para lograr un objetivo deseable en la disminución de la morbi/mortalidad de enfermedades transmitidas sexualmente, evitando que estas mismas progresen hasta resultados desfavorables y adversos en la salud de la mujer y aún más en la repercusión en etapas de reproducción.

Existe en la Unidad Médica Cacalchén, disponibilidad, accesibilidad y eficacia en las demandas de los servicios solicitados, por lo que se pueden evitar repercusiones de enfermedades con alto grado de morbi/ mortalidad; sin embargo es de agregar que la falta de seguimiento en mujeres que emigran ó abandonan el manejo terapéutico conlleva a aumentar la limitación para abarcarlas.

## 12. Sugerencias:

1. En las pacientes que se detectó enfermedad por virus del Papiloma Humano es muy importante que como parte del manejo terapéutico se establezca un contacto estrecho, conduciendo así a la motivación en el apego adecuado y permanente al tratamiento para evitar las posibles repercusiones.
2. Hacer énfasis y educar ó corresponsabilizar al paciente en que la enfermedad de acuerdo al diagnostico oportuno y manejo inmediato, puede prevenir consecuencias graves, que en un momento dado no solo repercutiría en la salud individual sino también en el bienestar de la familia.
3. En las pacientes con enfermedad por virus del Papiloma Humano se debe de realizar un seguimiento de los casos, continuando con protocolos de atención y manejo terapéutico para evitar posibles complicaciones.
4. La enfermedad por VPH predominó en las pacientes con grupo etáreo de 20 a 25 años en la comunidad de Cacalchén Yucatán, teniendo en cuenta las medidas preventivas referidas, se motivó a la paciente a solicitar y demandar detecciones oportunas, esto incluyó el seguimiento periódico lo cual reportó considerables beneficios.
5. Importante indagar en lo posible en la comunidad la presencia de la enfermedad en pacientes que no continuaron un plan terapéutico, ya sea por falta de interés de la paciente ó por cambios de residencia.
6. Continuar con la Promoción a la Salud a las mujeres en edad reproductiva, hacer participe a la familia sobre todo para enfatizar en gran parte que esta misma es de suma importancia en el mejoramiento favorable a la salud.
7. Continuar con estudios de investigación a largo plazo, que incluyan todos los factores de riesgo posibles y propuestos en la literatura, incluso

realizar estudios de trascendencia prospectiva que ayude a indagar si se presentó ó se desarrollo la enfermedad en las que desde un principio se catalogaron como no portadoras.

8. La enfermedad en las que desde un principio se catalogaron como no portadoras.

9. La enfermedad por virus del Papiloma Humano es una de las líneas prioritarias de investigación, por lo que se hace necesario identificar las repercusiones a nivel individual, familiar e institucional, para crear así estrategias para motivar a la población dentro del rango etáreo adulto joven y adulto mayor.

10. La detección oportuna y control de posibles complicaciones forma parte de la atención primaria de la enfermedad que a su vez la prevención tiene como objetivo evitar el desarrollo de posibles repercusiones.

### **13. Trascendencia y Utilidad del estudio:**

Aunque la enfermedad por virus del Papiloma Humano es una entidad clínica frecuente, es importante enfatizar en el estudio de la repercusión en el ámbito bio-psico-social. Es un factor de riesgo de padecer Cáncer cervico uterino, el diagnóstico oportuno y el manejo terapéutico adecuado para cada caso forman parte en conjunto del modelo de atención primaria que tiene como condición anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo, es decir, un modelo anticipatorio basado en diagnosticar los riesgos a que está expuesto el individuo, la acción consecuente es tratar de cancelar, modificar ó atenuar esos factores de riesgo.

En las pacientes de la comunidad de Cacalchén en quien se les detectó la enfermedad por VPH, las acciones deben de ir encaminadas al manejo terapéutico oportuno y a evitar en la medida posible las complicaciones clínicas, toda vez que abarca un punto importante de afectación en la mujer como lo es en la función reproducción.

A nivel institucional, el hallazgo de factores relacionados con la enfermedad por VPH debe de ser la base para construir estrategias preventivas, en el caso del individuo se centraría en el consejo u orientación y en el caso de la población se dirigiría a tratar de modificar en cierta medida el desinterés que predomina al solicitar detecciones catalogadas dentro del rubro de las enfermedades transmitidas sexualmente.

Las acciones deben de ir enfocadas a incrementar la demanda en las medidas preventivas, como ejemplo claro sería el actual uso de esquema de vacunación contra el VPH que en muchas de las ocasiones no existe la frecuencia de solicitar por parte del paciente este modo de prevención.

Es así entonces, que el estudio cobra importancia relevante al establecer un seguimiento e indagar el desarrollo de la enfermedad en pacientes que desde su propio inicio se catalogaron como no portadoras.

Este mismo estudio retrospectivo, analítico con los datos obtenidos puede continuar un seguimiento mediante un estudio de cohorte con la selección de pacientes en función a la presencia de una característica ó exposición, debido a la ventaja que engloba el visualizar, observar y permitir la estimación de la incidencia y riesgo relativo establecida claramente por la secuencia de sucesos de interés como es la exposición/ enfermedad.

Hacer énfasis en que el objetivo a lograr para cualquier enfermedad es el Modelo de Atención Primaria que parte de la prevención, ya que el tratamiento de una determinada patología y sus repercusiones es más complicado que si se intervienen en su momento para evitarlas.

## REFERENCIAS:

- 1.- Mendoza S, Huerta E, Sainz V, Alfaro G, Mendoza S, Pérez H. Análisis de Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos de Medicina de Familia 2006; 8 (1): 14-18
- 2.- Velázquez V, Velázquez G. Caracterización del riesgo familiar total en las familias. Rev. Enferm. 2007; xxv (2): 10-21.
- 3.- Epidemiología e Historia Natural del VPH. The Journal of Family Practice. Noviembre, 2008.[ on line] 2008 [citado el 21 de abril de 2010]Disponible URL: [www.path.org/files/eol18\\_1-spani.pdf](http://www.path.org/files/eol18_1-spani.pdf).
- 4.- Irigoyen A. Fundamentos de Medicina Familiar. Enfoque de Riesgo 2008. Editorial Medicina Familiar Mexicana. (2): 65-68.
- 5.- Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. El quehacer médico. 2009. Editorial Medicina Familiar Mexicana. (3): 121-128.
- 6.- Membrillo A. Rodriguez JL La Familia. Funciones de la Familia. 2009. (5):73-85.
- 7.- Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Resiliencia. Irigoyen. 2009. Editorial Medicina Familiar Mexicana. (2): 89-106.
- 8.- Cox JT. Epidemiología. Prevalencia del VPH MD. 2007. [on line] 2007 [citado el 28 de abril de 2010 Disponible en URL: [www.conganat.org/7congreso/PDF/558.pdf](http://www.conganat.org/7congreso/PDF/558.pdf).
- 9.- Fisiopatogenia del Virus del papiloma humano. The Journal of Family Practice [on line] 2007 [citado el 22 de mayo de 2010]Disponible URL: [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/papiloma\\_humano.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/papiloma_humano.pdf).

10.- Viscidi R, Souza D. Relación del VPH con cáncer de orofaringe. The Journal of Medicine Practice. Octubre 2009. (3): 26-35.

11.- Mahoney MC. Protección para nuestros pacientes contra VPH y las enfermedades relacionadas con este virus. 2009. (6): 56-64.

12.- Varela S. Citología Cervical. Clasificación Besthesda.. Rev. Med. Honduras 2008. (5): 210-220.

13.- Secretaria de Salud. Guía de referencia rápida: Prevención y Diagnóstico Oportuno de Cáncer Cérvico Uterino en el primer nivel de atención. Octubre 2009. (7) 84-110.

14.- Center for Disease Control and Prevention. Prevención y seguimiento de la infección por VPH.1999. [on line] 1999 [citado el 15 de mayo de 2010]Disponible URL: [www.cancer.gov/espanol/cancer/.../VPH](http://www.cancer.gov/espanol/cancer/.../VPH)

15.- Juárez AC. Temas de actualidad: Factores de riesgo y diagnóstico oportuno para el VPH. 2000. Atención Médica (4): 90-120.

16.- Aguilera L. Virus del Papiloma Humano: Visión Actual en Biomedicina. Revisión Artículo ADM. Facultad de los Andes, Venezuela. Septiembre 2000. 110-120.

17.- Protección para nuestros pacientes contra VPH y las enfermedades relacionadas con este virus: el papel de las vacunas. The Journal of Family Practice, 2008. 83-98.

18.- Juárez CA. Instituto Mexicano del Seguro Social. Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. Hospital General de Zona. 1. Colima, México. 2000. (3): 15-27.



19.- Park R. Nuevas Opciones en la Prevención de VPH. Departamento de salud en Cáncer. 2000. (6): 112-120.

20.-Implementación práctica de la vacunación contra VPH en la práctica clínica.The Journal of Family Practice, 2009.[on line] 2009 [citado el 05 de mayo de 2010]Disponible URL: [www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34\\_3\\_08/gin04308.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_3_08/gin04308.htm).

21. OMS. Carta de Ottawa para promoción de la salud. 1986. Consulta 07 de julio de 2010. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>.

22.- Secretaría de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. PROY-NOM- 039-SSA2-2000. Disponible en [http:// www.salud.gob.mx/conasida/eventos/nomsida/](http://www.salud.gob.mx/conasida/eventos/nomsida/) .pdf.

23.- Teoría del Conocimiento: [www.sepulveda.cl.tripod.com/teoria\\_del\\_conocimiento.pdf](http://www.sepulveda.cl.tripod.com/teoria_del_conocimiento.pdf). Abril/2011.

24.- Modelo modificado para validez de contenido de la Facultad de Medicina de la Universidad de Carabobo, Venezuela. (2010). 105-107.

25. Diccionario Manual de la Lengua Española. (internet) 2007. Larousse Editorial, SL (citado el 27 Noviembre 2012).Disponible en <http://es.thefreedictionary.com/ocupación/25.htm>

# ANEXOS

**Anexo 1:**

Carta de Consentimiento Informado:



\_\_\_\_\_ Instituto Mexicano del Seguro Social Seguridad y solidaridad Social.

Mérida Yucatán a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Por medio de la presente acepto participar en el Proyecto de Investigación titulado “Conocimiento de los Factores de Riesgo y Medidas Preventivas en Mujeres Portadoras del Virus del Papiloma Humano en comparación con las No Portadoras en la Unidad de Atención Medica No 34 de Cacalchén, Yucatán, registrado ante el Comité Local de Investigación; cuyo objetivo es: Evaluar y determinar la diferencia en el Conocimiento sobre los Factores de Riesgo y Medidas Preventivas del VPH que tienen las Mujeres no Portadoras del Virus en comparación con las Portadoras.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Para lo cual se me solicita responda las preguntas relacionadas con mi situación actual de salud, el desempeño en actividades de la vida diaria familiar. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados del estudio los cuales es ampliar mi conocimiento e identificar los factores de riesgo y las medidas preventivas actuales para el VPH.

Se me ha informado que esta investigación no implica riesgos, los datos serán tomados del expediente clínico y resultados de estudios realizados para la detección oportuna de Ca Cu. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de los que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el estudio.

---

Nombre y Firma del paciente:

---

Nombre, Firma y Matricula del investigador:

---

Testigo 1

---

Testigo 2

## Anexo 2:

### CUESTIONARIO:

HOJA DE REGISTRO: Previo consentimiento, se realiza la obtención de datos para la valorar el conocimiento de los factores de riesgo y medidas preventivas ante la enfermedad por Virus del Papiloma Humano:

Datos Personales:

Edad. \_\_\_\_\_

Estado Civil. \_\_\_\_\_

Escolaridad. \_\_\_\_\_

¿La enfermedad por el Papiloma Humano es producida por virus?

- a).- Sí
- b).- No
- c).- No sé

2.- ¿La transmisión del virus del Papiloma Humano es por vía sexual?

- a).- Sí
- b).- No
- c).- No sé

3.- El Papanicolaou (DOC) detecta el virus del Papiloma Humano?

- a).- Sí
- b).- No
- c).- No sé

4.- El Papanicolaou se realiza a partir de los 25 años de edad e inicio de vida sexual activa:

- a).- Sí
- b).- No
- c).- No sé.

5.- Iniciar relaciones sexuales a temprana edad (antes de los 18 años) es factor de riesgo para el VPH

- a).- Sí
- b).- No
- c).- No sé

6.- ¿Existen medidas preventivas para evitar el contagio con VPH?

- a).- Sí.
- b).- No.
- c).- No sé.

7.- Actualmente existe la vacuna para el VPH ¿Consideras necesario su aplicación?

- a).-Sí.
- b).- No.
- c).- No sé.

8.- Si tuviera una hija dentro del rango de edad, para inicio de aplicación de la vacuna ¿accedería a aplicársela?

- a).- Sí.
- b).- No.
- c).- No sé.

9.- Al conocer las formas como se contagia el VPH ¿aceptaría promover los cuidados para la salud en tu familia y evitar en sus hijas la enfermedad?

- a).- Sí.
- b).- No.
- c).- No sé.

10.- La vacuna del VPH se aplica a partir de:

- a).- De los 9 años.
- b).- De los 25 años.
- c).- De los 40 años.

11.- ¿Evitar infecciones por transmisión sexual previene el contagio por VPH?

- a).- Sí
- b).- No
- c).- No sé

12.- ¿La vacuna para el VPH causa alergias?

- a).- Sí
- b).- No
- c).- No sé

13.- ¿En caso de que seas portadora del VPH acudirías a seguimiento de control?

- a).- Sí.
- b).- No.
- c).- No sé.

14.- ¿En caso de que tu hija adolescente tuviera relaciones sexuales le aconsejarías el uso de preservativo?

- a).-Sí
- b).-No
- c).- No sé

15.- Considera que el hombre es el portador de la enfermedad, y puede transmitirla?

- a).- Sí
- b).-No.
- c).- No sé.

CALIFICACIÓN: A: 2 puntos.  
B: 1 punto.  
C: 0 puntos.

0- 10: Sin conocimiento.  
11-20: Con regular conocimiento.  
21-30: Con buen conocimiento.

TOTAL MÁXIMO: 30 puntos.

TOTAL MINÍMO: 0 puntos.

**Anexo 3:** Encuesta para clasificar tipo de familia de la Población en estudio:

Nombre:

¿Cómo está compuesta tu Familia?

a).- Padre, madre e hijos.....

b).- Padre, madre, hijos y algún otro familiar consanguíneo (abuelo, abuela materna ó paterna).....

c).- Padre, madre, hijos, algún pariente consanguíneo y otra persona sin parentesco familiar (compadres, amigos).....

Se asignó el número correspondiente para cada respuesta:

- 1.- Nuclear:
- 2.- Extensa ó extendida.
- 3.- Extensa compuesta.