

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO Y GENOTIPIFICACIÓN DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO EN MUJERES DE LA UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL, HOSPITAL CARLOS VAN BURENⁱ

SELF-CARE MEASURES AND GENOTYPING OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS
IN WOMEN FROM CERVICAL PATHOLOGY UNIT, HOSPITAL CARLOS
VAN BUREN

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características biosociales, medidas de autocuidado y genotipificación del virus papiloma humano en mujeres con papanicolaou alterado en la primera consulta de la Unidad Patología Cervical, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, 2013.

Material y método: Cuantitativo, descriptivo y transversal. Aprobada por Comité Ético-Científico. Muestra de 50 mujeres que previa firma de consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario y se les tomó muestras cervicales para genotipificación VPH con técnica PCR e Hibridación.

Resultados: 26% con edad entre 25-34 años, 58% tiene a lo menos cuarto medio, 66% tuvieron primera relación sexual entre los 15-19 años, 48% presentaron test positivos para VPH alto riesgo, 26% tiene antecedentes de otras infecciones de transmisión sexual, 26% no se realiza el Pap de forma regular y 90% no utiliza preservativo.

Discusión: Conocer algunas características biosociales de la población permite examinar estrategias gubernamentales en la prevención de la adquisición del VPH y por ende del desarrollo de cáncer cervicouterino, como son: educación sexual, estilos de vida saludables, estrategias para adhesión a la toma del Pap, entre otras. Además se hace necesario ampliar estudios e investigaciones en estos temas que permitan contribuir en la vida sexual de la mujer y de la sociedad.

Palabras clave: virus papiloma humano, genotipificación, Pap, cáncer cervicouterino

(i) Trabajo recibido 31 de agosto 2015; aceptado para su publicación 9 de diciembre 2015.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuentes de financiamiento: no hubo.

CLAUDIA GUTIÉRREZ
Matrona Docente
Escuela de Obstetricia y
Puericultura
Facultad de Medicina,
Universidad de Valparaíso
Valparaíso, Chile
claudia.gutierrez@uv.cl

CINDY PEÑA
Bioquímico
Departamento de
Virología
Escuela de Medicina
Facultad de Medicina,
Universidad de Valparaíso

DANILO ZAMORANO
Matrón Docente
Escuela de Obstetricia y
Puericultura
Facultad de Medicina,
Universidad de Valparaíso

ABSTRACT

Objective: To identify the biosocial characteristics, self-care measures and human papillomavirus (HPV) genotypes in women with altered Pap at the first consultation at the Cervical Pathology Unit, in Hospital Carlos Van Buren, Valparaiso, 2013.

Methods: Quantitative, descriptive and transversal. Approved by the Ethics Committee of Hospital Carlos Van Buren. Fifty women provided informed consent and answered a questionnaire. Cervical samples were taken for HPV genotyping performed by PCR and hybridization.

Results: 26% of women were aged between 25-34 years, 58% finished high school, 66% had their first sexual encounter between 15-19 years, 48% tested positive for high risk HPV, 26% have a history of other sexually transmitted infections, 26% do not undertake regular Pap exams and 90% do not use condoms.

Discussion: Knowledge of biosocial characteristics of this population permits examination of government strategies in HPV prevention and thus the development of cervical cancer, such as: sex education, healthy lifestyles, strategies for access to Pap testing, among others. In addition, it is necessary to expand research on issues that contribute to the sexual life of women and society.

Keywords: Cervix pathology, Pap smear, Human Papilloma Virus

INTRODUCCIÓN

Un problema actual de salud pública tanto a nivel mundial como nacional es la carga de morbilidad y mortalidad asociada al cáncer cervicouterino (CaCu)¹ en mujeres en edad reproductiva y en producción laboral, afectando no solo a ésta, sino también a todo su entorno familiar, laboral y social.

El virus papiloma humano (VPH) es considerado la infección de transmisión sexual más frecuente en las personas con vida sexual activa.² La infección se adquiere por transmisión directa a través de traumas cutáneos, por contacto sexual, durante el parto o por objetos infectados. En la etapa de gestación y período perinatal puede haber traspaso ascendente y vertical.³

El VPH es reconocido como agente causal de la neoplasia cervical detectando la presencia de ácido nucleico viral en casi el 100% de los casos de CaCu en mujeres de distintas zonas del mundo.^{1,2}

Existen alrededor de 200 tipos de VPH, y en relación a su potencial oncogénico, se clasifican en tipos de alto y bajo riesgo. Entre los de alto riesgo se han identificado alrededor de

15 genotipos que causan cerca del 100% de los casos de cáncer cervicouterino.⁴ Destacan entre ellos los genotipos 16 y 18, identificados en alrededor del 70% de las mujeres con esta patología, en prácticamente todas las regiones del mundo.⁵ Los genotipos de bajo riesgo, 6 y 11, producen un elevado porcentaje de displasias cervicales leves, correspondiendo al agente causal de más del 90% de las verrugas genitales y condilomas acuminados.⁶⁻⁹ Ferrecio et al.¹⁰ analizan la prevalencia y genotipos de HPV en Chile. La prevalencia expandida a nivel nacional de VPH observada fue de 29,2% (15% con VPH de alto riesgo y 14% de bajo riesgo).

En todo el mundo la pesquisa precoz de la infección por VPH se realiza con la técnica de tinción citológica de endo y exocérvix denominada Papanicolau (Pap), que para los programas de tamizaje es una herramienta muy útil, por su bajo costo, fácil realización y amplia difusión.¹¹ Esta metodología ha ayudado a reducir la incidencia del cáncer de cuello del útero, sin embargo tiene una sensibilidad y especificidad variable dependiendo de la experiencia del profesional que lo realiza, por

lo que es necesario que las mujeres con resultados alterados del examen del Pap se deriven a la atención especializada, atención secundaria de salud, Unidad de Patología Cervical (UPC) para confirmar la presencia de lesiones causadas por VPH, tratamiento y seguimiento de la patología.¹²

Técnicas de tamizaje de mayor complejidad y costo, son las técnicas de hibridación in situ, las cuales permiten diagnosticar la presencia de ácidos nucleicos del virus en muestras cervicales. Es una metodología que por su elevada sensibilidad y especificidad permite, en complemento con el examen del Pap, un diagnóstico integral a esta patología, confirmando la presencia del virus en las pacientes.¹³ Existen también otras técnicas útiles para la detección de este agente como es la amplificación de ácidos nucleicos virales.

En Chile desde el año 1987 se ha priorizado en las políticas públicas ministeriales tanto en Programas de la Mujer, en las Metas Sanitarias, Garantías Explícitas de Salud (GES)¹ y Metas de la Década 2011-2020 la pesquisa precoz de cáncer de cervicouterino, el que consiste en la toma del examen del Pap en mujeres entre 25 y 64 años, cada 3 años para lograr una cobertura igual o mayor al 80%, porcentaje que ha demostrado en otros países la disminución de la mortalidad por CaCu.¹ Debido al éxito de este plan piloto inicialmente concentrado en la región Metropolitana y asociado al bajo costo de la técnica, respecto del material y procesamiento de las muestras, es que se extiende este programa a todo el país. Desde la fecha de implementación del programa hasta el año 2005, se ha reducido en un 58,2% la mortalidad por esta causa en el grupo de mujeres entre 25 a 64 años, pero no se ha logrado la cobertura recomendada por los países que han tenido éxito, llegando solo a un 60%, de cobertura de la toma del Pap a nivel nacional.¹²

La investigación en salud estudia no solo factores biológicos sino también las conductas y el comportamiento de las personas, como éstos influyen en su salud, la forma en que toman decisiones con respecto a su autocuidado, asumiendo la responsabilidad de éstas y cómo les afectan a ellos/as mismos/

as y a su entorno.¹⁴ Se ha determinado que la evolución a malignidad de los epitelios infectados con VPH depende de la asociación de varios factores, y además de la infección con tipos oncogénicos de VPH (genotipo, integración, carga viral) son suficientes para desarrollar CaCu.¹⁵ Entre estos factores de riesgos también se encuentran la edad, la inmunodepresión, la contracepción oral, el tabaquismo, parejas múltiples, uso de preservativo, entre otros.¹⁶

Además de los factores mencionados anteriormente, se encuentran aquellos que están ligados a los cambios que ha experimentado la sociedad en los últimos años. En la actualidad nos encontramos inmersos en un nuevo orden social, ante una verdadera revolución tecnológica, informacional y de acceso. Esta situación está generando nuevos retos para todos los sistemas sociales en los que participa el individuo, con modificaciones relevantes en cuanto a los aspectos sociales, culturales, económicos, educacionales, de salud y políticos,¹⁷ observándose en la población la mejora del nivel educacional que impacta en su salud. El acceso al sistema de salud ha experimentado un aumento de la cobertura, lo que ha mejorado el diagnóstico precoz para aquellos que se adhieren a los controles preventivos. La población se ha empoderado de su salud, lo que ha influido en las medidas de autocuidado.¹⁸

De acuerdo a lo señalado, pueden existir cambios en el comportamiento biosocial de las personas, en los factores de riesgo o medidas de autocuidado de las mujeres y sus parejas con respecto a la adquisición del VPH. Estudios han determinado que la distribución de genotipos de VPH en la población general y en las mujeres con lesiones precancerosas o con cáncer, varía entre países e incluso entre poblaciones del mismo país, que podrían ser producto de las determinantes sociales.¹⁹

El objetivo de esta investigación es identificar las características biosociales, las medidas de autocuidado y genotipificación del VPH que presentan las mujeres con Pap alterado atendidas por primera vez en la Unidad de Patología Cervical del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

MATERIALES Y MÉTODOS

La realización del presente estudio fue aprobada por el comité científico del Hospital Carlos van Buren (HCVB) de Valparaíso y por el Comité de evaluación ético-científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA). Además, todas las pacientes que participaron en este estudio firmaron un consentimiento informado aprobado y evaluado por un comité ético-científico.

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

El mecanismo para obtener la muestra de la investigación es por cuotas o denominada accidental, que consiste en la elección de la muestra por métodos no aleatorios. La cuota es elegida según los recursos de materiales disponibles que se necesitan para investigar al sujeto de estudio.

Durante el período de abril a septiembre de 2013 se recolectaron semanalmente de una a tres muestras cervicales (cepillados de endo y exocérvix), hasta completar 50, pertenecientes a mujeres que presentaron Pap alterado y que ingresan por primera vez en la Unidad de Patología Cervical (UPC) del Hospital Carlos Van Buren, de la región de Valparaíso.

Las muestras de cepillados de endo y exocérvix fueron tomadas por el ginecólogo oncólogo participante del estudio y depositadas en tubos Thin Prep (*PreservCyt® solution, Hologic®, Inc.*) para su conservación. Las muestras recolectadas fueron transportadas inmediatamente, luego de su obtención hasta el Laboratorio de Virología de la Escuela de Medicina de la UV, donde se almacenaron a -80°C hasta su procesamiento.

Para identificar las características biológicas, se determinaron las siguientes variables: edad, inicio de la actividad sexual, paridad, edad del primer embarazo, vía de parto, antecedentes de ITS, tamizaje y genotipificación del VPH.

Para identificar las características sociales, se determinaron las siguientes variables: esta-

do civil, infidelidad, nivel educacional, previsión de salud, ingreso per cápita y acceso a la atención primaria de salud.

Para identificar las medidas de autocuidado, se determinaron las siguientes variables: adherencia al servicio de Atención Primaria de Salud, adherencia a examen de Pap, número de parejas sexuales, uso de preservativo, motivo del uso del preservativo masculino, motivo del no uso del preservativo masculino, método anticonceptivo, higiene genital, elementos higiénicos genitales, consumo de tabaco, edad de inicio del consumo de tabaco, consumo de alcohol y edad de inicio del consumo de alcohol.

La recopilación de la información de las variables es a través de la aplicación de una encuesta, que consiste en un instrumento tipo cuestionario de 33 preguntas cerradas dicotómicas, de opción múltiple y de preguntas mixtas, que da la posibilidad de ampliar la respuesta a través de la opción "otros" (con expresión de causa), destinada a recabar información de cada variable en estudio. El instrumento consta de un apartado para la clasificación de los resultados de la genotipificación del VPH con técnica de PCR e hibridación.

La validación previa del instrumento, a través del método de pilotaje, permitió modificar algunas preguntas y alternativas con el fin de facilitar su comprensión y recoger información fidedigna en el instante de su aplicación.

Las pacientes llegan hasta la UPC, donde son invitadas a participar del estudio por el ginecólogo oncólogo. Si deciden hacerlo, firman un consentimiento informado, se les toma la muestra y responden la encuesta.

La información obtenida se tabula en una base de datos, con programa de Microsoft Office Excel año 2007, que luego es traspasado a representaciones gráficas.

RESULTADOS

Tabla 1. Características de la población

Edad (Años)	N (%)
15-24	8 (16)
25-34	13 (26)
35-44	10 (20)
45-54	10 (20)
55-64	6 (12)
65-74	3 (6)
Nivel educacional	
Sin estudios	1 (2)
Básica completa	6 (12)
Básica incompleta	4 (8)
Media completa	14 (28)
Media incompleta	10 (20)
Técnico completa	6 (12)
Técnico incompleta	3 (6)
Universitario completa	2 (4)
Universitario incompleta	4 (8)
Previsión de salud	
FONASA A	16 (32)
FONASA B	14 (28)
FONASA C	12 (24)
FONASA D	8 (16)
Edad de primera relación sexual penetrativa	
10-14	11 (22)
15-19	33 (66)
20-24	4 (8)
25-29	2 (4)

La edad de la población estudiada se concentra en un rango etario de 25 a 64 años, observando que en los grupos etarios extremos, es decir, menores de 24 años y mayores de 65, hay un número menor de mujeres.

Los datos indican que un número importante de mujeres (24/50) tienen estudios de enseñanza media, un 28% con formación completa y un 20% con estudios incompletos. Se evidencia además un 2% de la población (n=1) con nivel educacional básico o nulo. Pero cabe

destacar que en este grupo también existen mujeres con un nivel educacional superior.

En la tabla se puede observar que la mayoría de las mujeres (60%) se concentran en el tramo A y B de Previsión de salud FONASA. Un número importante (40%) pertenece a los tramos C y D de Previsión de Salud FONASA.

En la Tabla 1 se destaca que un importante número (88%) de las mujeres tuvieron su primera relación sexual entre los 10 y 19 años, concentrándose mayoritariamente en el intervalo de 15 a 19 años. Un porcentaje equivalente al 12% tuvo su primera relación sexual después de los 20 años.

Tabla 2. Distribución de la población con test positivo para VPH de alto riesgo, según tipo de VPH detectado por hibridación de ácidos nucleicos, año 2013 (n=46)

Tipo de VPH		
	16	11
	18	2
	31	7
	33	4
	35	2
	39	2
	51	1
	52	4
	53	2
	56	2
	58	3
	66	4
	68	3
Total		47

De las muestras analizadas se obtiene un 74% con resultados positivo, que incluye tanto muestras con detección de un genotipo y aquellas con infecciones múltiples de VPH. El genotipo que se presenta con mayor frecuencia es el 16, y a continuación el 31. También se puede observar un grupo de segunda frecuencia con las cepas 33, 52 y 66. Otro grupo, de tercera frecuencia, con cepas 58 y 68. Y un último grupo de frecuencia con las cepas 18, 35, 39, 53, 56 y 51.

Tabla 3. Distribución de la población con antecedente de infección de transmisión sexual, según tipo de infección, año 2013* (n=9)

Infección de transmisión sexual (ITS)	
Sífilis	3 (33%)
Gonorrea	1 (11%)
Condilomas	3 (33%)
VIH	1 (11%)
Chlamydia	1 (11%)
Total	9

En la tabla se observa que de las 9 mujeres que presentaron antecedentes de infección de transmisión sexual, hubo dos grupos de frecuencia en relación a las infecciones de transmisión sexual. La mayor frecuencia (33%) de infección de transmisión sexual es la sífilis y el condiloma acuminados. Y con una frecuencia menor (11%), las infecciones de transmisión sexual; gonorrea, VIH y chlamydia.

Tabla 4. Distribución de la población, según frecuencia a la toma de Pap, año 2013 (N=50)

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

Los datos indican que un número importante de mujeres se toma el examen del Pap anualmente o cada 2 a 3 años. Un menor número de mujeres nunca se ha tomado el examen del Pap y otras mujeres se realizan el examen cada 6 años y más o solo cuando tienen molestias.

De las 45 mujeres del estudio a veces o nunca utilizan el preservativo masculino durante la relación sexual, el 27% de las mujeres indican que el principal motivo para no utilizar el preservativo es porque no es deseado

por la pareja, un 22% refiere incomodidad, el 18% indica que utiliza otros métodos anticonceptivos. En igual porcentaje, 7% de las mujeres refiere no utilizarlo por tener pareja estable y por irritación. Y un 4% no utiliza el preservativo masculino por no disponer de uno en el momento de la relación sexual.

Tabla 5. Distribución de la población no usuaria del preservativo, según motivo del no uso, año 2013* (n=45) *La tabla representa a las 45 mujeres no usuarias de preservativo y no al total de la muestra.

Motivo del no uso de preservativo	
Irritación	3 (7%)
No deseado por la pareja	12 (27%)
Incomodidad	10 (22%)
Uso de otros MAC	8 (18%)
Sin pareja	4 (9%)
Pareja estable	3 (7%)
No posee en el momento	1 (4%)
Otro motivos	3 (7%)

DISCUSIÓN

La literatura extranjera describe que la mayor prevalencia de mujeres con VPH se observa en menores de 25 años, disminuyendo a medida que aumenta la edad.²⁰ Lo que se contraponen con los resultados del estudio, observándose un número inferior de mujeres menores de 25 años en relación al grupo etario mayor de 25 años. Este resultado puede ser producto de que en el programa para la pesquisa precoz y oportuna del CaCu, se incluye como población objetivo a mujeres de entre 25 y 64 años, por lo que el número de mujeres menores de 25 años y mayores de 64 años, población no cautiva como screening de la toma Pap.^{21,22}

Un elemento descrito por la teoría que influye en adoptar medidas de autocuidado en el contagio de VPH, es el nivel educacional. La educación es la variable predictiva más íntimamente relacionada con el estado de salud de una población, una comunidad o un individuo, y constituye la senda para la implementación de conductas y actitudes favo-

rables a la búsqueda de la salud encaminadas hacia el mantenimiento de la misma, lo cual conllevaría a un estilo de vida valioso y una mejor calidad de vida.²³ Sin embargo, los resultados del estudio muestran que alrededor de 58% de las mujeres tiene a lo menos la enseñanza media completa, lo que según la literatura les permitiría comprender los riesgos que conlleva el contagio por VPH.

La mayoría de los individuos que viven en condiciones de pobreza, con desnutrición o mala alimentación, resultan tener un sistema inmune deficiente, lo que representa un riesgo mayor de adquirir infecciones por diferentes patógenos, y entre ellos el VPH, aceleran la infección en el huésped, y las lesiones causadas en estas personas son frecuentemente más difíciles de tratar, porque la persistencia y progresión son muy altas.²⁴ Esta situación coincide con los resultados del estudio en donde el 60% de la muestra pertenece al tramo A y B, siendo éstos equivalentes a los tres primeros quintiles con menor ingreso económico. Por lo otro lado, se considera que una baja economía impide la asistencia de los jóvenes a los centros de salud para una orientación sexual, una consulta en la utilización de métodos anticonceptivos y para realizarse un estudio preventivo como el Pap, lo que provoca la existencia de una brecha entre las campañas de prevención y la sensibilización de los jóvenes, que aun cuando quisieran actuar en beneficio de su propia salud, no cuentan con el acceso a los servicios de salud adecuados.¹⁵

Estudios de la realidad actual de los jóvenes chilenos indican que la mayoría de los adolescentes de 15 a 19 años, ya ha iniciado su vida sexual,^{25, 26} coincidiendo con los resultados del estudio en donde el 88% de las mujeres tuvo su primera relación sexual antes de los 19 años. Esto genera mayor riesgo de contagio, puesto que las adolescentes tienen un predominio de células metaplásicas y endocervicales sobre el ectocérvix, lo cual las hace especialmente vulnerables al VPH y a otros agentes de infección de transmisión sexual.^{4, 27, 28} Si bien el acto penetrativo comienza alrededor de los 15 años, previo a esto existen conductas sexuales no penetrativas, pero conociendo la naturaleza del virus en las células

del tejido mucoso, la persona podría adquirir el VPH a menor edad y debido a otros agentes infecciosos. Así, la educación sexual²⁹ de prevención de transmisión de ITS por medio del uso de preservativo no se debe ceñir solo al acto penetrativo, sino incorporar el concepto de riesgo en actividad sexual no penetrativa.³⁰

En este estudio de las 50 muestras recolectadas, se pudieron analizar 46 de ellas; cuatro no pudieron procesarse por no haber cantidad suficiente. Entendiendo que dentro del mecanismo patogénico del VPH está la generación de cambios a nivel celular de los tejidos mucosos, que hay un gran número de genotipos existentes y considerando que las muestras analizadas corresponden a mujeres derivadas a Unidad de Patología Cervical, es decir, que presentan algún tipo de lesión en el cuello uterino o presenta el examen de Pap alterado, causado por el VPH, es que se puede esperar un elevado porcentaje de pacientes con resultado positivo, que específicamente corresponde a un porcentaje de un 74% para genotipos de alto riesgo oncogénico, donde se observa un variado espectro de genotipos presente tanto como infección única como en coinfección, fenómeno que es frecuente en las infecciones por este virus.^{4, 12} La distribución de genotipos de VPH en la población general y en las mujeres con lesiones precancerosas o con cáncer, varía entre países e incluso entre poblaciones del mismo país. En Chile, se ha reportado una amplia variación regional en los tipos de VPH en la población general de mujeres. En un estudio realizado en mujeres pertenecientes al consultorio de Atención Primaria El Roble en el año 2004, se identificaron 13 genotipos de VPH de alto riesgo. Los principales fueron VPH 16, 56, 31, 58, 59, 18 y 52.^{20, 26} Coincidiendo con esta investigación, en la que el principal genotipo identificado es el 16, y también con la circulación de los genotipos 31, 33, 52, 66, 58, 68, 18, 35, 39, 53, 56, 51.

La literatura indica que habría aumento de riesgo de contagio de infección por VPH, la presencia previa de infecciones de transmisión sexual.³⁰ Lo que no se observa en este estudio, en donde un menor número de mujeres (n=9) presentaron antecedentes de una o más

infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, coincidiendo con estadísticas nacionales sobre infecciones de transmisión sexual, la de mayor frecuencia es la sífilis y el condiloma acuminado, seguida de la gonorrea, VIH y chlamydia.³⁰ Estos resultados se pueden deber a que uno de los objetivos del programa de salud de la mujer, establece que se realice de forma anual el examen ginecológico, que incluye la inspección de los genitales externos e internos, lo cual permite tanto a la usuaria como al profesional de salud la observación directa de las lesiones condilomatosas causadas por el VPH, lo que facilita su diagnóstico. Además de la realización anual del examen de VDRL o RPR para la pesquisa precoz de sífilis y el ofrecimiento de realización del test de ELISA para la detección de VIH. No así para el resto de las infecciones de transmisión sexual descritas en el estudio, como en los casos de gonorrea y chlamydia, que son de difícil diagnóstico, debido que en la población femenina pueden ser asintomáticas para la afectada, que en consecuencia no consulta al sistema de salud, pudiendo existir un subdiagnóstico de ellas.³¹

En Chile se han elaborado políticas públicas orientadas a la prevención de las lesiones producidas por el VPH en el cuello uterino, como son su pesquisa temprana a través de la toma del examen del Pap y, recientemente, la incorporación en el programa nacional de inmunización de la vacunación tetravalente contra VPH, que incluye los genotipos 6, 11, 16 y 18 a adolescentes que cursan sexto y séptimo año básico.^{2,32} Los datos de la investigación indican que la mayoría de las mujeres del estudio (76%) se realizan el examen del Pap según el protocolo de la pesquisa temprana del CaCu, pero se observa en un menor número de mujeres que no se realizan el examen del Pap de forma regular, considerando la toma de este examen como una medida de autocuidado. Estos resultados indican que se hace necesario reforzar la pesquisa precoz del CaCu, mejorando la cobertura del 60% que se observa a nivel nacional en la adherencia a la toma del Pap, e incluyendo las técnicas de genotipificación del VPH que permitirían una disminución en

la morbimortalidad de la mujer, con mejores y más oportunos tratamientos.

Si bien el preservativo masculino protege parcialmente el contagio por VPH, dado que el virus puede estar en superficies de áreas no cubiertas por el preservativo, sí beneficia en la eliminación más rápida del VPH, aumenta la regresión en las lesiones cervicouterinas, reduce el riesgo de verrugas genitales, protege contra la infección del virus de inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual.^{33,34} Considerado en el estudio el uso del preservativo masculino como una medida de autocuidado, se puede observar que un número importante de mujeres no utilizan el preservativo masculino en el momento de la relación sexual, el principal motivo es porque no es deseado por la pareja (27%). Otros motivos son la incomodidad, el empleo de otros métodos anticonceptivos, tener pareja estable, irritación y no disponer de uno en el momento de la relación sexual. Esta tendencia es similar a estudios extranjeros, en donde los criterios o razones esgrimidos por las encuestadas para justificar el hecho de no hacer uso del preservativo son: que les resultaba incómodo y que a la pareja no le gustaba, lo cual fue expresado por un 100% de ellas; otras razones son que les hacía daño, que les inhibía el deseo sexual, que no les gustaba, la estabilidad y la confianza en la pareja, el olvido, entre otras.³⁴ Estos resultados nos sugieren reforzar la educación sobre las vías de transmisión de las infecciones de carácter sexual, el concomitamiento de éstas y el objetivo primordial del uso del preservativo en la población femenina y masculina sexualmente activa.

Estos resultados del estudio muestran determinantes sociales comunes ya descritas en la literatura en relación al contagio del VPH, y en las lesiones que pueden producir en los tejidos, por lo que también existirían factores socioculturales y medidas de autocuidado que podrían influir en la prevención de esta enfermedad. Es por ello que debiera rediseñarse la forma de realizar promoción y prevención, orientada a las características socioculturales de la población chilena, incorporando la educación en salud sexual de manera sistemática

por parte de un profesional de salud idóneo en la temática, desde los niveles de formación pre básicos del sistema educacional chileno.^{16,35} Otra estrategia sería exigir la vigencia y la realización del examen del Pap a todas las usuarias que deseen recibir beneficios del Estado, tales como becas, bonos del Estado, beneficios municipales, subsidios, e incluso a todas las beneficiarias del sistema público de salud FONASA. Finalmente, se recomienda ampliar el estudio en el ámbito científico, e incentivar a

las instituciones públicas y privadas para impulsar la creación de concursos e investigaciones que permitan contribuir notablemente a la vida de la mujer y la sociedad que la rodea, con respecto al Virus Papiloma Humano.

AGRADECIMIENTOS

Harald Riesle, Claudia Castro, Juan Amigo, Alexandra Ahumada, Bárbara Ibacache, Valentina Riquelme, Ingrid Bustos.

REFERENCIAS

1. Chile. Ministerio de Salud. *Guía Clínica Cáncer cervicouterino*. Santiago: MINSAL, 2010.
2. Castillo M, Castillo C, Aravena M. *Sistematización de la Información sobre cáncer cérvico uterino en Chile: revisión y análisis de estudios de costo-efectividad de la vacuna contra VPH*. Santiago: MINSAL, 2011.
3. Rivera Z, Aguilera J, Larraín A. Epidemiología del Virus Papiloma Humano (HPV). *Rev Chil Obstet Ginecol*, 2002; 67(6): 501-506.
4. Valdivia I, Aguayo F, Pruyas M, Snijders J, Corvalán A, Ferreccio C. Genotipos de virus papiloma humano (VPH) en pacientes con cáncer cérvico-uterino en un hospital público y una clínica privada de Santiago, Chile. *Rev Chil Infectol*, 2010; Feb. 27(1): 11-15.
5. Zaldívar Larrea G de, Martín Molina F, Sosa Ferreyra CF, Ávila Morales J, Lloret Rivas M, Román Lara M, et al. Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. *Rev Chile Obstet Ginecol*, 2012; 77(4): 315-21.
6. Reina J, Muñoz N, Sánchez G. El Estado del arte en las Infecciones producidas por El virus del papiloma Humano. *Colomb Med*. 2008 Jun; 39(2): 189-195.
7. O’Ryan G, Valenzuela M. Virus papiloma humano y cáncer cérvico-uterino. *Rev. méd. Chile*. 2008. Nov; 136(11): 1367-1370.
8. Squiquera L. Virus de papiloma humano: Revisión e indicaciones terapéuticas. *Rev Argent Dermatol*, 2006; Mar. 87(1): 28-41.
9. Sanabria JG. Human Papillomavirus (HPV). *Rev Ciencias Médicas*, 2009; Suppl 13; 4-6.
10. Ferreccio C, Corvalán A, Margozzini P, Viviani P, González C, Aguilera X et al. Baseline assessment of prevalence and geographical distribution of HPV types in Chile using self-collected vaginal samples. *BMC Public Health*, 2008; Feb 28; 8: 78
11. Cervical Cancer Action. Progreso en la Prevención del Cáncer Cervicouterino: informe de Cervical Cáncer Action; 2011.
12. Quintero M, Cruz J, Bastidas M, Márquez L, Puig Pons J. Detección y tipificación de virus del papiloma humano (VPH) mediante PCR- RFLP: *Rev Obstet Ginecol Venez*, 2008; 68(1): 25-31.
13. Sarduy M. Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones: *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2009; 35(1).
14. Organización Panamericana de Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud. [sin lugar]: OPS; 2006.
15. Olavarría Gambi M. Acceso a la salud en Chile. *Acta bioeth.*, 2005; 11(1): 47-64.
16. Riquelme G, Concha X, Urrutia MT. Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 2012; 77(2): 111-15.
17. Castells M. La era de la información: economía, sociedad y cultura. Vol III, Fin del milenio. Oxford: Blackwell, 1998.
18. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de

- Redes Asistenciales. *En el camino a centro de salud familiar*. Santiago: MINSAL, 2008.
19. Chile. Ministerio de Salud. *Sistematización de la Información sobre Cáncer Cérvico Uterino en Chile: Revisión y Análisis de Estudios de costo-efectividad de la Vacuna contra VPH*. Santiago: MINSAL; 2011.
 20. Ferreccio C, Prado R, Luzoro A, Ampuera S, Snijders P, Meijers C. Prevalencia poblacional y distribución por edad del Virus Papiloma Humano entre mujeres en Santiago, Chile. *Boletín de la Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile*, 2005; 30(1): 34-39.
 21. Grainge MJ, Rashmi S, Guo, Neal KR, Carol C, Vryenhoek P, Johnson J et al. Cervical human papillomavirus screening among older women. *Emerg Infect Dis*, 2005; 11(10): 1680-1685. [consultado 20.03.2013]. Disponible en: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/11/11/pdfs/05-0575.pdf>
 22. Agüero A, Castillo K, González Blanco M. Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres menores de 25 años y mayores de 45 años. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 2012; 72(2): 89-102.
 23. Durán E. La estrategia de escuela saludable. *Típica* [en línea], 2005; Sep [consultado en 2014]; (1) 1. Disponible en: <http://www.bvs-de.paho.org/bvsacd/cd51/duran.pdf>
 24. Fuente Díez E de la, Mira Ferrer LM. Las 47 preguntas sobre el virus del papiloma humano. *VPH*, 2008; 54(212):111-119.
 25. López Suárez JC, Pilar Díaz RI, Fernández Riverón VR, Pico Ortega LR. Comportamiento de algunos factores de riesgo que influyen en la aparición del cáncer cérvico uterino área norte de Morón. *Rev Med Ciego de Ávila*, 2004; 13(107): 5-9
 26. De la Fuente Díez E, Mira Ferrer L. Las 47 preguntas sobre el virus del papiloma humano, VPH. *Med Segur Trab*, 2008 Sep; 54(212): 111-119.
 27. Burchell A, Winerb R, de Sanjosé S. Franco E. Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine*, 2006; 24(3): 52-61.
 28. León G, de Jesús Bosques O. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 2005; 31(1): 1561-3062.
 29. Hernández L, Padilla S, Quintero M. Factores de riesgo en adolescentes para contraer el virus del papiloma humano. *Rev Digital Univ*, 2012; 13(9): 1067-6079.
 30. Cristian Jesam. Infección de Transmisión Sexual. Santiago: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, 2011.
 31. Chile. Ministerio de Salud. Normas de manejo y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual. *Rev Chil Infec*, 2009; 26 (2): 174-190.
 32. Ferreccio C, Van De Wyngard V. Pre-Informe: vacuna contra el virus del papiloma humano (VHP). Chile; 2012.
 33. García Roche R, Cortés Alfaro A, Vila Aguilera L, Hernández Sánchez M, Valera Mesquia A. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 2006; 22(1).
 34. González Hernando C, Sánchez Crespo JR, Puentes Gutiérrez R. Preservativos y prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Revista Enfermería Docente*, 2012; 97: 4-8.
 35. Montero A. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. *Rev Med Chile*, 2011; 139: 1249-1252.