



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela



Conocimiento de la vacuna HPV en usuarios del Hospital de Clínicas con niñas menores de 12 años a cargo en el año 2018

Ciclo de Metodología científica II año 2018

Grupo N°55

**Clínica Ginecitológica B - Hospital de Clínicas, Dr.
Manuel Quintela**

Dr. Gino Pereyra

Br. María Pía Behrend

Br. Micaela Bica

Br. Bruna Borges Do Canto

Br. Lorena Bóveda

Br. Camila Bozzolasco

Br. Silvina Leites

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	pág. 3.
2. INTRODUCCIÓN.....	pág. 4.
3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	pág. 12.
4. METODOLOGÍA.....	pág. 13.
5. RESULTADOS.....	pág. 16.
6. DISCUSIÓN.....	pág.23.
7. CONCLUSIONES.....	pág.24.
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág. 25.
9. AGRADECIMIENTO.....	pág 27.
10. ANEXOS	

1. RESUMEN:

Introducción: En Uruguay el cáncer de cuello uterino es el tercer cáncer más frecuente en mujeres , siendo un importante problema de Salud Pública. Se ha demostrado científicamente que el Virus del Papiloma Humano (HPV) es la principal causa etiológica necesaria para desarrollarlo. En base a esto, se han implementado distintas estrategias de prevención, una de ellas recomendada por la Organización Mundial de la Salud es integrar a los planes nacionales de vacunación la vacuna contra el HPV. La cual actúa evitando infecciones persistentes al momento de la exposición para algunos serotipos.

En Uruguay la vacuna contra el HPV no se encuentra dentro del Plan Nacional de Vacunación, siendo a la fecha una vacuna no obligatoria. Con la finalidad de conocer la predisposición de las personas que tienen menores a cargo a vacunar a sus hijos y los factores relacionados llevamos a cabo una encuesta a usuarios de un centro hospitalario.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal . Se trabajó con una muestra (de conveniencia) de usuarios del Hospital de Clínicas que tuvieran niñas menores de 12 años a cargo.

Los datos fueron obtenidos mediante la realización de encuestas anónimas de acuerdo a un formulario diseñado expresamente para este estudio. Para el procesamiento de los datos se utilizó EpiinfoTM 7, SPSS, Microsoft Excel 2007.

Resultados: Se entrevistaron un total de 35 hombres y 117 mujeres de los cuales 28 hombres (80%) y 85 mujeres (72.6%) manifestaron que sí vacunarían a la menor a su cargo. La media de edad fue 35.07 años con un desvío estándar de 12.199 años. La edad media de los que vacunarían es de 37.21 y de los que no vacunarían de 34.34. La diferencia no es significativa, el valor-p es mayor a 0.05.

Conclusiones: 3 de cada 10 personas no conocen la existencia de la vacuna. Los menores de 20 años es la población menos informada. Se evidencio la falta de información brindada por el personal de salud a los usuarios. El motivo de no vacunación más frecuente reportado fue el desconocimiento del tema.

2. INTRODUCCIÓN

En Uruguay el cáncer de cuello uterino es el tercer cáncer más frecuente en mujeres, siendo un importante problema de Salud Pública. Se ha demostrado científicamente que el Virus del Papiloma Humano (HPV) es la principal causa etiológica necesaria para desarrollarlo. En base a esto, se han implementado distintas estrategias de prevención, una de ellas recomendada por la Organización Mundial de la Salud es integrar a los planes nacionales de vacunación la vacuna contra el HPV. La cual actúa evitando infecciones persistentes al momento de la exposición para algunos serotipos.

En Uruguay la vacuna contra el HPV no se encuentra dentro del Plan Nacional de Vacunación, siendo a la fecha una vacuna no obligatoria

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV)

Es un Virus ADN, de la familia Papilomaviridae, de doble cadena circular, no encapsulado, de cápside proteica de simetría icosaédrica, que se reproduce en el núcleo de las células epiteliales. En su genoma posee 8000 pares de bases de longitud, y codifica ocho regiones de lectura abierta (ORF: open Reading frame), regiones tempranas (E), y tardías (L), encargadas de regular la síntesis proteica temprana representada por E1, E2, E5, E6, E7; y las tardías L1 y L2; según como se realiza la expresión en el ciclo de vida del virus. El genoma del VPH está dividido en tres regiones: una región reguladora no codificada, denominada región larga control (LCR), una región incluye genes de expresión temprana y una región que contiene genes de expresión tardía. Se han identificado más de 100 tipos de VPH y más de 20 tipos asociados a infecciones en humanos, subdivididos en alto riesgo, riesgo intermedio y riesgo bajo. ⁽¹⁾

Los HPV 16 y 18 son los genotipos más frecuentes y están asociados a la patogénesis del cáncer cervical, de vulva, de pene y anal. Los tipos 6 y 11 están involucrados en el desarrollo de lesiones benignas como verrugas y condilomas. ⁽²⁾

CICLOS DE VIDA DEL HPV

El VPH principalmente penetra al huésped por abrasiones el epitelio estratificado plano de la lengua, donde inicia su ciclo infectando a las células poco diferenciadas del epitelio y allí comienza la transcripción de sus genes. Hay dos ciclos para la replicación viral; uno es la infección lítica en la que el virus llega a las células parabasales con mucha capacidad de replicación, se introduce en el citoplasma y posteriormente en el núcleo; y la infección lisogénica aquí se ve afectado directamente el genoma celular, tal es el caso del VPH de alto

riesgo 16 y 18 respectivamente. Al alcanzar el núcleo celular el virus se integra al genoma de la célula huésped, primordialmente con los segmentos E6 Y E7. Cuando estas células están infectadas inducen a la activación de la expresión en cascadas de los genes virales provocando una producción de 20 a 100 copias aproximadamente extra cromosómicas del ADN viral por célula, este promedio de copias permanece estable en las células basales indiferenciadas a través del curso de la infección. ⁽³⁾

TRANSMISIÓN DE HPV:

El VPH se caracteriza por su afinidad a los epitelios (epiteliotrópico), es decir, a todas las zonas cubiertas por piel, mucosa o fluidos. La transmisión de este virus ocurre cuando entra en contacto con dichas áreas permitiéndole así su transferencia entre las células epiteliales. Las vías de transmisión pueden ser diversas según algunos estudios: por vía perinatal, por infección transplacentaria, por líquido amniótico, por sangre, por contacto sexual y por autoinoculación.

Actualmente se considera que el contagio más común es a través de las relaciones sexuales. ⁽³⁾

Teniendo en cuenta que no es necesaria la penetración.

Se ha calculado que entre el contagio y la aparición de alguna lesión, puede existir un período que oscila entre 3 meses hasta varios años. ⁽⁵⁾

FACTORES DE RIESGO:

Los principales factores determinantes de la infección por HPV entre las mujeres son el número de parejas sexuales, la edad en que se inició las relaciones sexuales y la probabilidad de que su pareja (s) estén infectadas con el HPV, medido por su comportamiento sexual. ⁽⁴⁾

Las mujeres cuyas parejas usan preservativo tienen menos riesgo de contraer la infección. Sin embargo, en comparación con las Infecciones de transmisión sexual (ITS) que se transmiten por las secreciones genitales, los preservativos ofrecen menos protección contra infecciones como la del HPV que se transmiten a través del contacto con la piel infectada o las mucosas. ⁽⁴⁾

Estas áreas no están siempre cubiertas o protegidas con un preservativo.

Por otra parte, fumar aumenta de forma independiente el riesgo de cáncer cervical al menos dos veces. Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. ⁽⁴⁾

Las mujeres que están inmunodeprimidas tienen un mayor riesgo de infección por HPV y éste es más probable que persista. Por ejemplo, las mujeres que son VIH positivas tienen hasta 10 veces más probabilidades que las mujeres VIH negativas de ser infectadas con el HPV, el riesgo aumenta con la disminución de CD4. Incluso después de controlar por la presencia y la persistencia de la infección por HPV, mujeres con VIH también son 4.5 veces más propensas a

desarrollar lesiones precancerosas de cuello uterino, con el riesgo cada vez mayor a medida que aumenta la inmunodeficiencia relacionada con el VIH. ⁽⁴⁾

Las mujeres con otras condiciones asociadas con inmunosupresión también están en mayor riesgo de desarrollar lesiones precancerosas de alto grado. Estas condiciones incluyen el lupus eritematoso sistémico, enfermedad inflamatoria del intestino y trasplantadas. ⁽⁴⁾

DIAGNÓSTICO DEL VPH:

Entre los estudios para el diagnóstico de lesiones premalignas de alto riesgo se propone el Papanicolaou en tamizajes de programas convencionales, muy utilizado en todo el mundo. ⁽¹⁾ La prueba consiste en el raspado del exo y endocérvix y la formación de una monocapa en un portaobjeto, para posteriormente ser fijado y teñido para su posterior lectura.

La sensibilidad de la citología convencional para detectar lesiones de alto grado varía ampliamente en los estudios publicados, entre el 30% y el 87%.

El VPH es un virus que puede inducir cambios en las células del cuello uterino. La prueba del VPH detecta el virus, no los cambios en las células. La prueba puede realizarse simultáneamente con la del Papanicolaou, con la misma escobilla algodónada o con otra adicional. Una prueba de Papanicolaou y una prueba del VPH (lo que se llama *pruebas conjuntas* o *copruebas*) es la manera de elección para encontrar tempranamente los precánceres y los cánceres de cuello uterino en las mujeres de 30 años o mayores.

El cribado a intervalos regulares o a repetición es lo que asegura el aumento de la sensibilidad diagnóstica del método seleccionado. De hecho, cuando los resultados de dos rondas de selección se consideran en conjunto, las pruebas de Papanicolaou por sí solos son tan sensibles como la prueba de Papanicolaou junto con el test de VPH.

El cribado a partir de los 21 años, con un intervalo de 3 años ofrece el equilibrio más aceptable entre beneficios y daños. De acuerdo a los registros de sensibilidad diagnóstica en el país y el tipo de programa de tamizaje el equipo elaborador de este guía recomienda la realización de las 2 primeras citologías en forma anual, y de ser normales continuar cada 3 años. ⁽⁴⁾ Las lesiones escamosas intraepiteliales de cérvix o neoplasia intraepitelial cervical (CIN, en sus siglas en inglés) se dividen en CIN de bajo grado o (CIN-I) o CIN de alto grado (CIN-II o III).

El diagnóstico de las verrugas se realiza por medio de la presentación clínica en la consulta médica. Hoy en día se habla del cribado, que se define como la medida de prevención para el diagnóstico de la enfermedad en una población sana. ⁽¹⁾

CÁNCER DE CUELLO UTERINO:

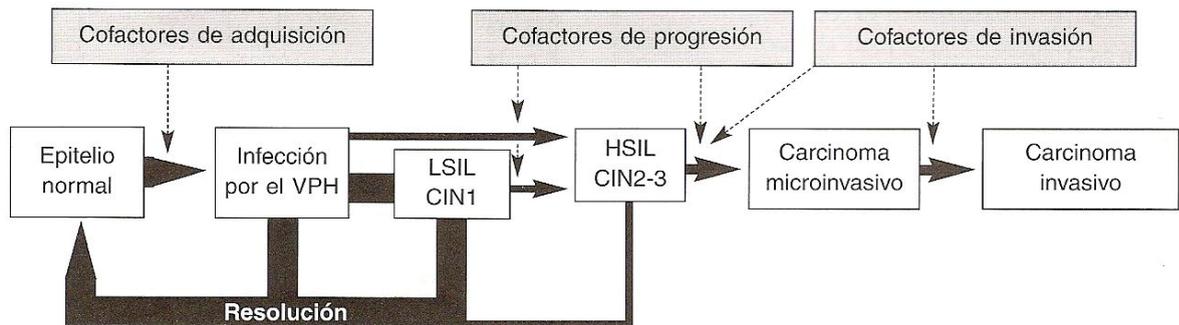
Al menos la mitad de las mujeres y hombres contraen la infección por el virus del papiloma humano (VPH) en algún momento de sus vidas. ⁽⁹⁾ A diferencia de otras enfermedades infecciosas, la presencia del germen no provoca de manera irremediable la infección, sino que

por el contrario la inmensa mayoría se resuelve espontáneamente. Al analizar la historia natural común de la afección se describe que primero existe el contagio, luego la infección y solo en los casos de persistencia de la misma se avanza a una lesión orgánica denominada neoplasia intraepitelial, genéricamente descrita como lesión premaligna.

El cáncer de cuello uterino es la etapa final de una infección con VPH de alto riesgo en un determinado huésped.⁽¹⁰⁾

Este virus es la principal y prácticamente única causa del cáncer de cuello uterino y de sus precursores y también es causa del 90% de cáncer de ano y 40% de los de vulva, vagina y pene y 30 a 60% del cáncer orofaríngeo. En Uruguay es el tercero en frecuencia en las mujeres, y es causa de cerca de 350 casos y 140 muertes anuales⁽⁹⁾.

Si bien el VPH es la principal causa para el desarrollo del cáncer, no todas las mujeres infectadas por VPH desarrollarán la neoplasia. Son necesarios factores exógenos y endógenos (cocarcinógenos), además de una predisposición genética, que en conjunción con la infección por VPH pueden determinar la progresión de lesiones precursoras hacia el cáncer del tracto genital femenino inferior.⁽¹²⁾



(12)

Richart, en 1969, publicó que el cáncer cervical invasivo de células escamosas es el resultado final de la atipia displásica intraepitelial progresiva que sucede en el epitelio metaplásico de la Zona de Transformación (ZT) cervical. Fue pionero en la investigación de la historia natural de los precursores del cáncer cervical, proponiendo el término de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC o CIN) para explicar el espectro de daño tisular, estableciendo tres grados de afectación: CIN I o displasia leve, CIN II o displasia moderada y CIN III o displasia grave/carcinoma in situ. Con la confirmación de las teorías etiológicas que relacionaron el cáncer de cérvix y la infección por VPH surgió la necesidad de modificar la terminología usada hasta entonces, sobre todo en el campo de la citología. Así es como surgen las sucesivas clasificaciones de Bethesda

(12)

VACUNA:

La asociación entre VPH y cáncer de cuello uterino llevó a diversos investigadores a avanzar en el diseño y el desarrollo de vacunas destinadas a evitar el contagio por el virus y así evitar la infección persistente del epitelio cervical, evento crucial de la carcinogénesis cervical.

Dos investigadores, Ian Frazer y Jian Zhou, lograron ensamblar partículas proteicas similares al virus (Viral Like Particles o VLP) con capacidad antigénica, a partir de la cubierta o envoltura que protege la doble hebra de ADN, permitiendo el desarrollo de las vacunas que actualmente conocemos.⁽⁸⁾

A partir del año 2006 y hasta la fecha la Agencia de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration: FDA) ha aprobado el uso de tres vacunas profilácticas contra el VPH, la vacuna bivalente (Cervarix®) que protege contra los tipos 16 y 18, producida por GlaxoSmithKline Biologicals SA® y, la vacuna tetravalente (Gardasil®) que incluye además contra los serotipos 6 y 11, y la nonavalente (Gardasil9®) producidas por Merck® incluye los 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58, siendo estos últimos los responsables de aproximadamente el 90% de los cánceres de cérvix, vulva, vagina y ano.⁽⁶⁾

A nivel mundial se han realizado estudios de seguridad en fase III, en los cuales más de 20.000 mujeres entre los 9-26 años recibieron la vacuna tetravalente y más de 30.000 mujeres a partir de los 10 años fueron inmunizadas con la vacuna bivalente.

Posteriormente se hicieron estudios de seguridad después de su aprobación en donde a finales de 2013, más de 144 millones de dosis de la vacuna tetravalente y cerca de 41 millones de dosis de la bivalente han sido distribuidas a nivel mundial.⁽⁹⁾

Hasta el momento se han administrado en el mundo cerca de 200 millones de dosis demostrando su eficacia, efectividad y seguridad. La cuadrivalente tiene una eficacia para prevenir las lesiones premalignas y el carcinoma in situ de cuello de útero en mujeres jóvenes del 100% y del 90% en mujeres de 26 a 45 años. También tiene una eficacia cercana al 100% para la prevención de las neoplasias intraepiteliales en vulva y vagina causados por estos genotipos y del 99% para las verrugas genitales.⁽⁹⁾

Con respecto a las tan temidas y muchas veces infundados comentarios sobre reacciones adversas, las más frecuentemente observadas son leves: como dolor, enrojecimiento y tumefacción en el sitio de aplicación.

También ocasionalmente cefaleas, náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal, mialgias, artralgias, prurito, erupción, urticaria, fiebre. Todos ellos leves y que no contraindican su uso.

En Uruguay el MSP hace seguimiento de la seguridad de las vacunas.⁽⁷⁾ En cuanto a los efectos adversos graves (anafilaxia, Guillain–Barré, convulsiones, tromboembolismo) si bien han sido muy raros no se ha demostrado ninguna asociación con la vacuna ni que se haya registrado con una tasa mayor al grupo de control. No se han podido atribuir a la vacuna ninguna muerte registrada.⁽¹¹⁾

Las vacunas contra HPV están contraindicadas en pacientes con historial de hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna. El antecedente de anafilaxia al látex es una contraindicación de la vacuna bivalente en jeringa precargada ya que la misma puede contener látex de caucho natural.

La vacuna bivalente no se encuentra indicada en mujeres en lactancia debido a la ausencia de evidencia científica en cuanto a seguridad. Las vacunas tetravalente y nonavalente se producen en *Saccharomyces cerevisiae* (tipo de levadura) y están contraindicadas para personas con antecedentes de hipersensibilidad inmediata a levadura.

Las vacunas contra HPV no deben ser administradas en embarazadas dada la limitada evidencia científica, si bien el seguimiento de mujeres vacunadas durante la gestación no ha evidenciado efectos teratogénicos ni resultados obstétricos adversos. Ante patología o condición médica que afecte moderada o severamente el estado general es conveniente postergar la vacunación hasta la resolución del cuadro clínico. La trombocitopenia también debería ser considerada una eventual contraindicación para la aplicación de una vacuna intramuscular.⁽⁷⁾

La vacuna seleccionada en Uruguay es la cuadrivalente. Se deben aplicar 2 dosis, cuyo esquema es 0-6 meses. Es fundamental para asegurar los efectos beneficiosos esperados la realización de las 2 dosis. En cuanto a los intervalos, si los mismos no se cumplen de forma recomendada, no se consideran intervalos máximos. Es decir que si una adolescente se excedió en tiempo entre dosis, no es necesario reiniciar la pauta completa, sino que se completarán las 2 dosis. Por otro lado, es importante mantener los intervalos mínimos entre dosis.

La vacuna contra HPV es ofrecida sin costo a partir del 2013, a las adolescentes que tengan cumplidos los 12 años en todos los Centros de Salud, públicos y privados, incluso actualmente se ha desarrollado una campaña de vacunación en Escuelas de todo el país Su uso continúa habilitado para el resto de la población según las indicaciones para las que han sido registradas en nuestro país las vacunas disponibles.⁽⁷⁾

PERCEPCIÓN SOCIAL SOBRE LA VACUNA EN URUGUAY

A nivel mundial se han realizado múltiples investigaciones sobre la aceptabilidad de la vacuna, por ejemplo los autores P. Navarro-Illanaa, P. Caballero, J. Tuells, J. Puig-Barberác y J. Diez Domingo realizaron un estudio observacional transversal en el cual utilizaron madres de alumnas nacidas en 1995, matriculadas en centros educativos de secundaria de la provincia de Valencia España durante 2010-2011.

La muestra fue de 1.279 madres que se escogieron de forma aleatoria estratificada por conglomerados; en el presente estudio se demostró que la principal razón por la que no vacunaban a sus hijas era por la preocupación de los efectos adversos de la vacuna contra el VPH, además de existir una brecha entre el nivel de conocimientos y la toma de decisión para vacunar.⁽¹⁵⁾

En lo que respecta a Uruguay es poca la bibliografía disponible acerca de la percepción de la población sobre la vacuna y la información que circula de la misma. Según el estudio “Estado vacunal y motivos de no vacunación contra el virus del papiloma humano en adolescentes admitidas en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell” publicado en la Revista Médica del Uruguay 2018, en el que se estudió mediante una encuesta anónima a 112 adolescentes de 12 años o mayores internadas durante el segundo semestre del año 2016, si bien no se trata de una población representativa del total de adolescentes de Uruguay, coincide con los datos de cobertura a nivel nacional, sustancialmente menor al compararla con la cobertura promedio de las vacunas incluidas en el certificado de esquema de vacunación (aproximadamente 95%). En el cual se concluye que la cobertura vacunal contra el VPH observada en esta serie fue similar a datos nacionales.

La falta de información sobre la vacuna fue el motivo más frecuente de no vacunación reportado por las adolescentes. La población objetivo de la vacuna contra el VPH (adolescentes y mujeres jóvenes) plantea ciertas consideraciones a tener en cuenta entre ellas: aspectos psicosociales de esta etapa vital, rol de los adultos referentes y la consideración de la autonomía en aquellos adolescentes competentes para la toma de decisiones. Son múltiples los factores involucrados en la aceptabilidad de una vacuna: el conocimiento general de su utilidad, percepción del riesgo y gravedad de enfermar, percepción de la seguridad de la vacuna, edad de la vacunación, fuente de la recomendación, costo, otros. Existe vasta literatura internacional que analiza estos factores involucrados, no así a nivel nacional.⁽¹⁴⁾

Este estudio destaca la necesidad de realizar más de esta índole en otros prestadores de salud y lo importante que sería indagar creencias que tengan las familias de las adolescentes sobre la

vacuna, incluyendo como variable la edad de los adultos referentes y el nivel de instrucción de los mismos.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- **OBJETIVO GENERAL:**

Censar el conocimiento que tienen los usuarios del Hospital de Clínicas sobre la vacuna e identificar los motivos que llevan a aceptar o rechazar la misma.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar si hay alguna tendencia respecto al sexo en estar o no de acuerdo con la vacuna.
- Describir si existe alguna relación generacional respecto a las creencias y el conocimiento sobre la existencia de la vacuna.
- Objetivar si el nivel de instrucción influye en la variable conocimiento.
- Determinar el conocimiento de los usuarios sobre el virus, las consecuencias de la infección, y la existencia de la vacuna.
- Establecer cuál/es es la fuente de información en la que se apoyan y que tiene más llegada.
- Describir los motivos por los cuáles los tutores no vacunan a sus menores a cargo.

4. METODOLOGÍA

Universo de estudio

Se consideran en el estudio todos aquellos tutores con niñas menores de 12 años a cargo usuarios del Hospital de Clínicas “Doctor Manuel Quintela” en 2018. El resultado no podrá ser extrapolado a la población de Uruguay, sino particularmente a la población del Hospital de Clínicas .

Selección de la muestra

Se realizó un muestreo por conveniencia, entrevistando a adultos que concurrían a consultas como pacientes o como acompañantes en el Hospital de Clínicas, que cumplían con los criterios de inclusión y aceptaban a participar.

Criterios de inclusión:

- Tutores con niñas de 12 años o menos a cargo
- Usuarios del Hospital de Clínicas

Tipo de estudio:

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Aspectos éticos de la investigación

Se seleccionó el Hospital de Clínicas ya que es un centro de referencia en salud pública a nivel nacional, teniendo en cuenta que es una población vulnerable por sus características socioeconómicas y culturales.

Este estudio mantiene la confidencialidad de los datos aportados por los participantes ya que empleamos el anonimato en las encuestas. De esta manera se protegerá la identidad de las personas involucradas, utilizándose los datos obtenidos sólo para los fines propuestos en este estudio, tal como establece el decreto 379/008.⁽¹⁰⁾

Se brindará un consentimiento Informado a cada participante respetando la autonomía de los mismos. A los usuarios involucrados en la investigación se les proporcionará la siguiente información (la cual estará detallada en el consentimiento informado):

- Objetivos del estudio.
- No aportará ningún riesgo ni beneficio individual.
- Es un estudio con fines académicos, durará aproximadamente 5 meses.
- Pueden retirarse del mismo en cualquier momento que lo deseen.
- El estudio no implica la realización de ningún procedimiento experimental.

- Los investigadores no serán remunerados económicamente por la realización del estudio.
- Para la realización del proyecto de investigación se esperará la aprobación de la solicitud al Comité de Ética en Investigación del Hospital de Clínicas, como está pautado en el Decreto 379/008 ⁽¹⁰⁾
- Los resultados obtenidos serán presentados con fines académicos a las autoridades del Departamento de Educación Médica (DEM) de la Facultad de Medicina-Udelar.

Variables:

Cualitativas:

Sexo: Condición orgánica que diferencia hombres de mujeres.

Nivel de instrucción: Grado más elevado de estudios realizados.

Fuente de información:

- Redes sociales en internet: Conjunto de grupos, organizaciones y comunidades vinculadas a través de relaciones sociales.

- Médico de referencia: Doctor en medicina de cabecera en primer nivel de atención.

- Medios de comunicación audiovisual: Método de comunicación masiva

- Comunidad: Grupo de individuos que tienen ciertos elementos en común.

Conocimiento acerca del Virus del Papiloma Humano: Vacuna para la infección por algunos serotipos del Virus.

Cuantitativas:

Edad: N° de años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Procedimiento para la recolección de datos

La recolección de datos se basó en preguntas realizadas por los investigadores de acuerdo al formulario adjunto (Anexo 1). Para evitar inducir respuestas se utilizaron preguntas abiertas formuladas por los investigadores. Las respuestas se sistematizaron en una planilla de recolección de datos.

En los casos en que el entrevistado/a no conocía el virus y sus consecuencias, se brindó una breve información presente en el formulario (Anexo 1) y en base a esta se preguntó si vacunaría o no a su menor a cargo.

Plan de análisis de los resultados

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes; las variables cuantitativas mediante la media y el desvío estándar.

La asociación de variables cualitativas se investigó con el test de Chi Cuadrado (χ^2) y las cuantitativas con el T de student para dos grupos.

Se trabajó con un nivel de significación de 0.05 %

Programas a utilizar:

Para el análisis de las variables se utilizó EpiInfo™ 7 y SPSS para la visualización de datos y análisis estadístico.

Además se utilizará Microsoft Excel 2007 para la presentación de los datos.

5. RESULTADOS:

Luego del periodo de reclutamiento 152 pacientes fueron encuestados aleatorizadamente, de estos 35 fueron hombres (23%) y 117 mujeres (77%).

La media de edad fue 35.07 años con un desvío estándar de 12.199 años. Con percentil 25 de 25.00 y el percentil 75 de 43.00 años.

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1.

	Total (N=152)
Sexo femenino n (%)	117 (77.0)
Edad (media±DE)	35.1 ± 12.2
Grupo etario n(%)	
<20	9 (5.9)
20-29	49 (32.2)
30-39	41 (27.0)
40-49	35 (23.0)
>50	18 (11.8)
Nivel educativo n (%)	
Primaria incompleta	12(7%)
Primaria completa	32(21%)
Secundaria incompleta	64 (42%)
Secundaria completa	28(18%)
Nivel terciario incompleto	8(5%)
Nivel terciario completo	8(5%)

Tabla 2. Prevalencia del conocimiento del HPV expresados en frecuencia absoluta y

ESCUCHO VPH	Frequency	Percent	Cum. Percent	
0 *	36	23,68%	23,68%	
1 **	116	76,32%	100,00%	
Total	152	100,00%	100,00%	

porcentaje.

*No escuchó hablar del HPV

** Si escuchó hablar del HPV

Tabla 3. Conocimiento de la existencia de la vacuna expresado en porcentaje y frecuencia

EXISTENCIA VACUNA	Frequency	Percent	Cum. Percent	
0 *	47	30,92%	30,92%	
1 **	105	69,08%	100,00%	
Total	152	100,00%	100,00%	

absoluta.

*No conoce existencia de la vacuna

**Si conoce existencia de la vacuna

Empleando el test de Chi Cuadrado para analizar la variable sexo asociada a si vacunarían o no a los menores a cargo (tabla 4), se obtuvo un total de 35 hombres y 117 mujeres de los cuales 28 hombres (80%) y 85 mujeres (73%) si vacunarían, negándose a la vacuna 32 mujeres (27%) y 7 hombres (20%). Estos valores no resultan significativos. debido que se obtuvo un valor - p 0.382.

Tabla 4.

	Vacunaría		Total
	0	1	
sexo 0 *	7	28	35
1 **	32	85	117
Total	39	113	152

* No vacunaría

**Vacunaría

Para analizar la relación entre la variable edad y si vacunarían, utilizamos el test de T student (tablas 4 y 5) del cual se obtuvo que de las 152 personas; 39 no vacunarían y 113 si lo harían, la edad media de los que vacunarían es de 37.21 con un desvío estándar de 12.014 y de los que no vacunarían de 34.34 con un desvío estándar de 12.228. El valor - p obtenido del estudio es no significativo 0.206 siempre utilizando un nivel de significación del 0.05%.

Tabla 5.

Vacunaría	N	Percent	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
edad 0*	39	25.6	37,21	12,014	1,924
1**	113	74.3	34,34	12,228	1,150

*No vacunaría

**Si vacunaría

Tabla 6.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
edad	Equal variances assumed	,357	,551	1,269	150	,206	2,869	2,261
	Equal variances not assumed			1,280	67,123	,205	2,869	2,241

En el gráfico 1 analizamos la variable conocimiento del HPV con el nivel de instrucción. Primaria incompleta, 3 personas conocen y 9 no conocen sobre el HPV. Primaria completa 22 conocen y 10 no conocen . Secundaria incompleta 52 conocen y 12 no conocen, secundaria completa 23 conocen y 5 no conocen. terciaria completa 8 conocen y terciaria completa 8 conocen.

En el gráfico 2, observamos relación entre niveles de instrucción y el conocimiento de las consecuencias de la vacuna, los datos obtenidos de 152 personas en estudio, en primaria incompleta 12 personas (7%) de las cuales 10 (83%) contestaron que NO y 2 (16%) SI. Primaria completa 32 personas (21%) , de las cuales 15 personas (47%) NO y 17 personas (53%) SI. Secundaria incompleta 64 personas (42%), de las cuales 26 personas (40%) NO y 38 personas (59%) SI. Secundaria completa 28 personas (18%) de las cuales 17(60%) NO y 11 personas (39%) SI. Terciaria incompleta son 8 personas (5%) de las cuales 3 (37%) NO y 5 (62%) SI. Terciaria completa 8 personas (5%) de los cuales, 1 persona (12%) NO y 7 personas (87%) SI.

La gráfica número 4 describe la relación entre las variables edad y el conocimiento de la existencia de la vacuna. La edad dividida en los 5 rangos ya mencionados, en el primer rango menores de 20 años (6%), de los cuales 3 personas (2%) tienen conocimiento y 6 personas NO tienen conocimiento (4%), entre 20 a 29 años 49 personas (32%) , de las cuales SI 28 (18%) y NO 21 personas (14%), entre 30 a 39 años 41 personas (27%) 33 personas (22%) SI y 8

personas (5%) , entre 40 a 49 años hay 35 personas (23%) de los cuales 27 personas (17.64%) SI y 8 dijeron que NO (5%). En mayores de 50 años 18 personas (11.8%) de los cuales 14 personas (9.17%) SI y 4 personas (2.62%) NO.

En la gráfica número 5, se observan las cuatro fuentes de información analizadas. Tv/radio contestaron 67 personas (44%), Personal de salud 29 personas (19%), Otros 15 personas (9%), Redes sociales 14 personas (9%) .

En la gráfica número 6, analizamos la variable por que no vacunarían a los menores a cargo, del total de entrevistados 152 personas, 39 personas contestaron que no vacunarían. Se indagó por qué razón no lo harían, y 21 personas contestaron por desconocimiento del tema (54%), 13 personas por efectos adversos (33%), 3 personas porque no es efectiva la vacuna (8%), 1 persona debido a sus creencias religiosas (3%) y 1 persona por el costo de la vacuna (3%).

Gráficos

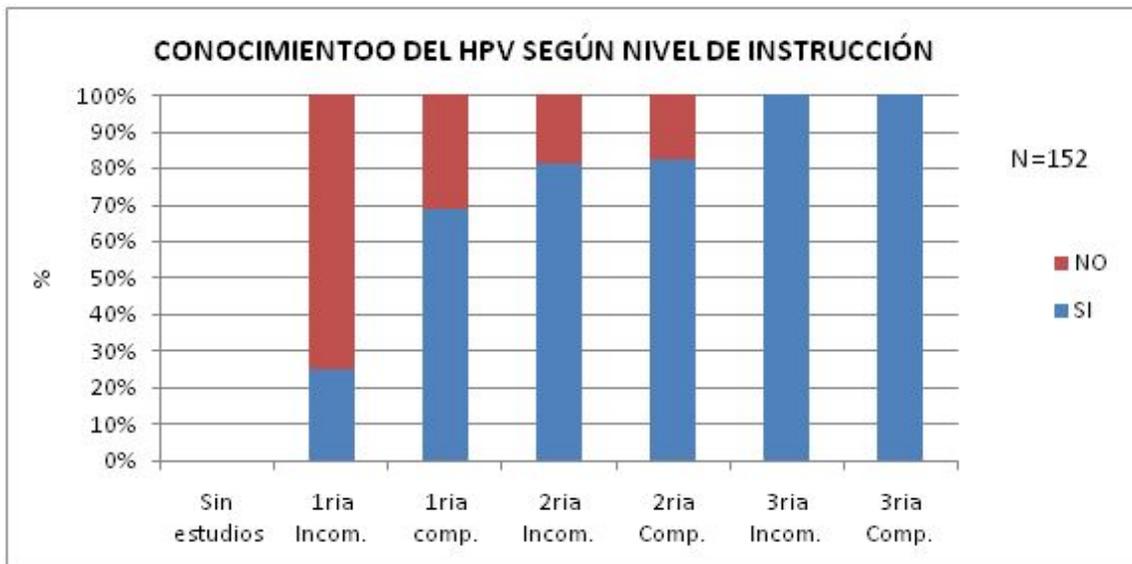


Gráfico 1: Conocimiento del HPV según nivel de instrucción.

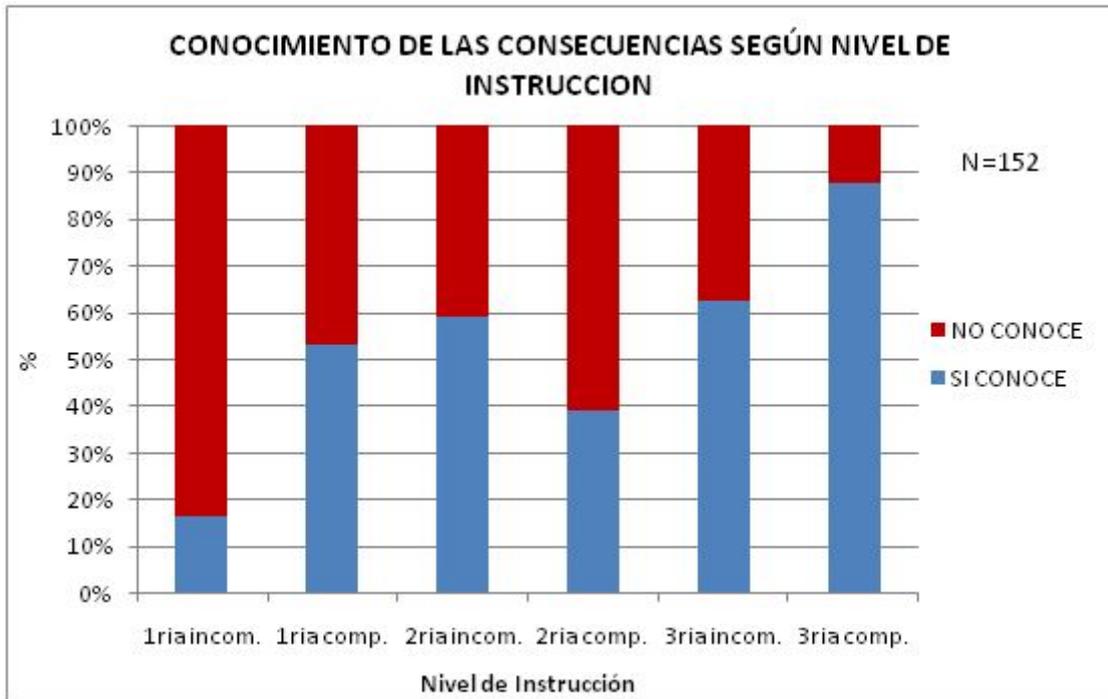


Gráfico 2: Conocimiento de las consecuencias según nivel de instrucción.

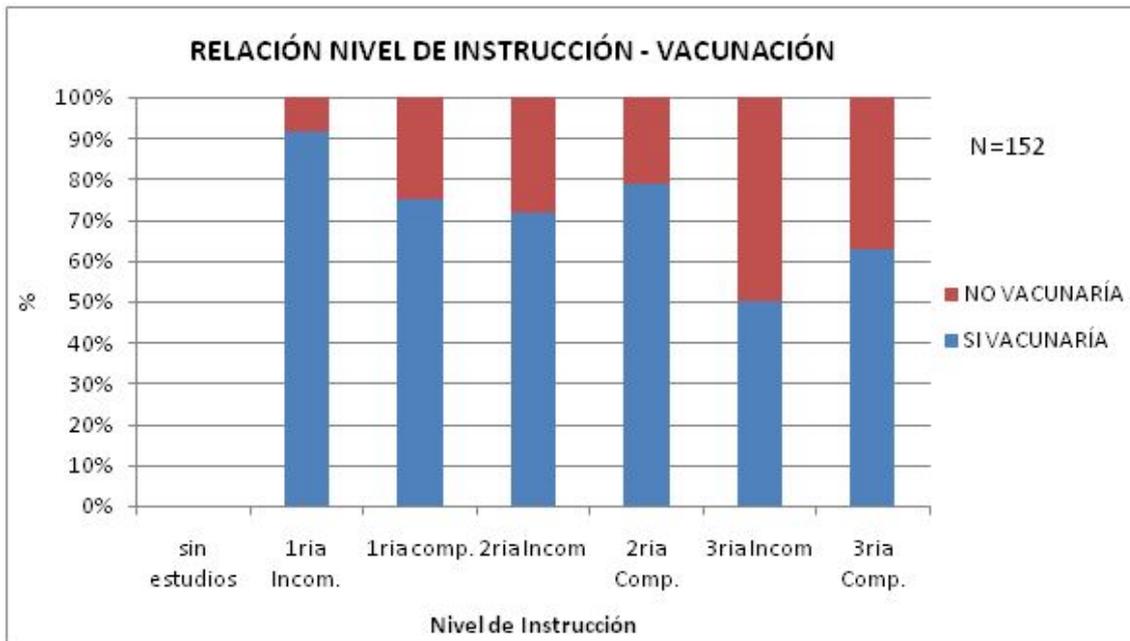


Gráfico 3: Relación nivel de instrucción – vacunación.

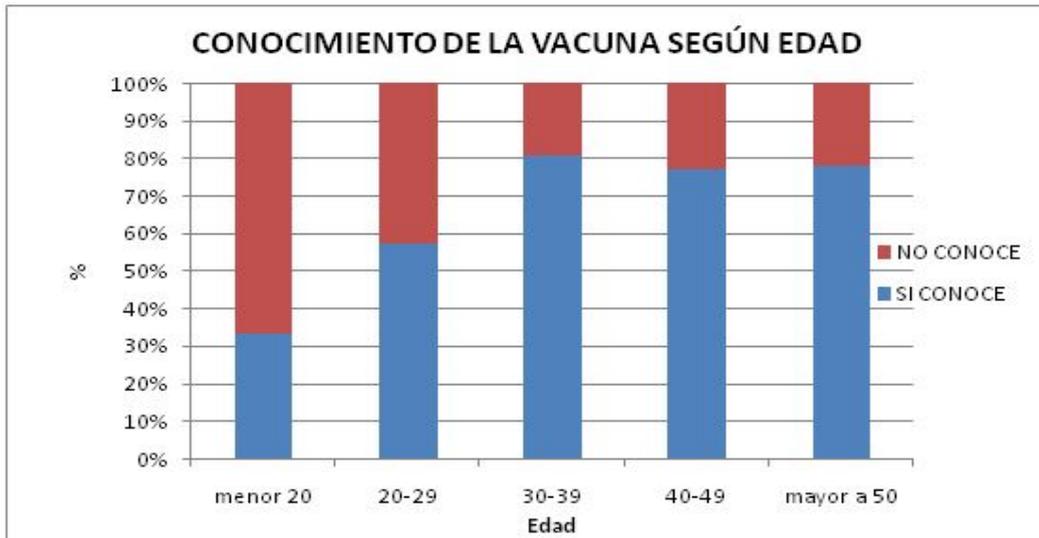


Gráfico 4: Conocimiento de la vacuna según edad.



Gráfico 5: Prevalencia de fuentes de información.

POR QUÉ NO VACUNARÍA

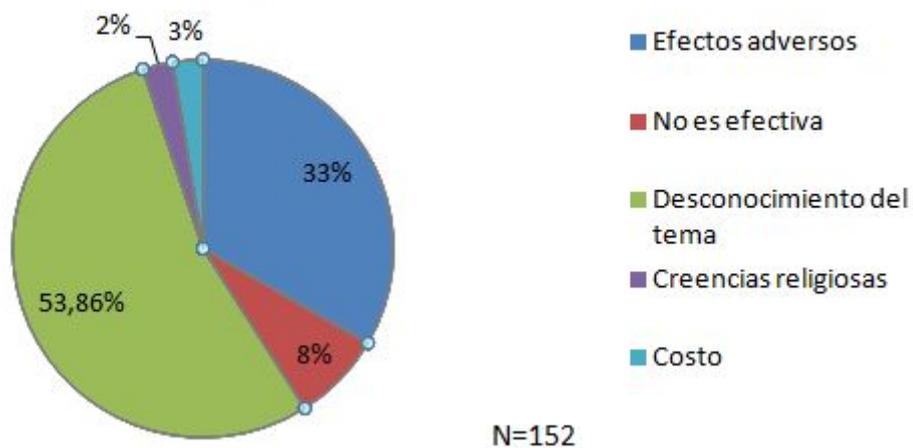


Gráfico 6: Prevalencia de motivos por los cuales no vacunarían.

6.DISCUSIÓN:

En este estudio el 76% conoce la existencia del Virus del Papiloma Humano, pero tan solo el 53% sabe cuales son las consecuencias de su infección, y un 69% está informado acerca de la existencia de una vacuna contra el mismo.

Se investigó si influía sobre el conocimiento de el virus, la perspectiva de la vacuna, y en la toma de decisión de vacunar las variables sexo y nivel de instrucción pero no se encontró evidencia estadísticamente significativa para afirmar que hay una relación entre las mismas. Sin embargo, se observó que a mayor nivel de instrucción, mayor conocimiento tenían las personas sobre el virus y las consecuencias de la infección del virus.

Se observó una asociación entre la variable edad y existencia de la vacuna que demostró que a menor edad, menor conocimiento acerca de la existencia de la misma.

En cuanto a las fuentes de información consultadas, la televisión y radio fue la que predominó respecto al resto con un 44%, en cuanto a el personal de salud tan solo un 19% contestó que recibió información acerca del virus y la vacuna por los mismos. Este número refleja la falta de información brindada en el Hospital de Clínicas por el equipo de salud responsable.

Un elemento importante para lograr una efectiva cobertura vacunal es el grado de aceptabilidad que tenga la vacuna en la población. En nuestra población el 74% vacunaría a su menor a cargo. Dentro del 26% que no lo haría, se indagaron los motivos para no hacerlo, y el más frecuente fue el desconocimiento del tema (54%), seguido de los efectos adversos (33%).

Dentro de las fortalezas a considerar, la disposición del Hospital de Clínicas que nos permitió realizar el estudio. El método utilizado fue sencillo, accesible y de corta duración.

Dentro de las debilidades del trabajo, el tiempo para poder recabar datos nos limitó a la hora de conseguir un mayor n que aumentará el nivel de significación de la muestra.

7.CONCLUSIONES:

En el análisis realizado si bien la mayoría conoce el virus, tan solo la mitad sabe cuáles son las consecuencias de su infección y tres de cada diez personas no conocen que existe una vacuna para el mismo.

Existe una relación que nos permite afirmar que a mayor nivel de instrucción, mayor conocimiento tiene la población acerca de las consecuencias de la infección.

De los encuestados, los menores de 20 años son los menos informados acerca de el virus, sus consecuencias y la existencia de la vacuna; identificando a la población objetivo de la vacuna como la más desinformada.

Con respecto a las fuentes de información, se evidenció como principales a los medios de comunicación televisión y radio. Destacándose la falta de información brindada por el personal de salud, siendo útil esta información a la hora de reevaluar las estrategias implementadas hasta el momento. Una alternativa que se podría plantear es la capacitación y actualización del personal de salud con respecto a la vacuna.

Por otra parte, en la actualidad es importante hacer hincapié en la necesidad de buscar otras vías de información que tenga más llegada a la población objetivo de la vacuna como las redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter, etc).

En este estudio el motivo de no vacunación más frecuente reportado fue el desconocimiento del tema. Este resultado reafirma lo analizado anteriormente, siendo la información el principal requisito para que la población pueda decidir en forma responsable.

8.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Virus-del-papiloma-humano-Revision-de-la-literatura.pdf [Internet]. [citado 28 de mayo de 2018]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Yeimer_Ortiz-Martinez2/publication/315764392_Virus_de_l_papiloma_humano_Revision_de_la_literatura/links/58e30de892851c1b9d6a0a31/Virus-del-papiloma-humano-Revision-de-la-literatura.pdf?origin=publication_detail
2. León D, Retamal J, Silva R, Mieville CIS, Guzmán P, Briceño G, et al. Detección molecular de agentes infecciosos de transmisión sexual en un grupo de hombres sintomáticos y su relación con la conducta sexual. *RevChilInfectol.* octubre de 2016;33(5):505-12.
3. Serena-Gómez E, Bologna-Molina RE, Nevarez-Rascon A, Buelvas AR. Prevalencia del VPH en el Proceso de Malignización de Lesiones de Vías Aérodigestivas Superiores. :8.
4. Guía cuello uterino MSP 2014_1.pdf [Internet]. [citado 28 de mayo de 2018].
Disponible en:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Gu%C3%ADa%20cuello%20uterino%20MSP%202014_1.pdf
5. Mateos-Lindemann ML, Pérez-Castro S, Rodríguez-Iglesias M, Pérez-Gracia MT. Diagnóstico microbiológico de la infección por virus del papiloma humano. *Enfermedades InfeccMicrobiol Clínica.* noviembre de 2017;35(9):593-602.
6. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia., Morales L LA, Rincón R DF, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia., Rincón Orozco B, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Avances en el desarrollo de nuevas vacunas profilácticas y terapéuticas contra el Virus del Papiloma Humano. *RevUnivInd Santander Salud.* 1 de julio de 2016;48(3):385-91.
7. Manual sobre Vacuna HPV para técnicos -2013.pdf [Internet]. [citado 28 de mayo de 2018]. Disponible en:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Manual%20sobre%20Vacuna%20HPV%20para%20t%C3%A9cnicos%20-2013.pdf
8. NazzalNazal and Cuello Fredes - 2014 - Evolución histórica de las vacunas contra el Virus.pdf [Internet]. [citado 28 de mayo de 2018]. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n6/art01.pdf>
9. User S. SICU se manifiesta sobre la vacuna de HPV y cáncer de cuello uterino [Internet]. [citado 28 de mayo de 2018]. Disponible en:
<http://www.infectologia.edu.uy/novedades/vacuna-de-hpv-y-cancer-de-cuello-uterino>

10. Nozar and Briozzo - Cáncer de cuello uterino en Uruguay. Controversias.pdf [Internet]. [citado 28 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2017v1/art8.pdf>
11. Pérez - SOCIEDADES ANEXAS DE LA SGU.pdf [Internet]. [citado 28 de mayo de 2018]. Disponible en:
[http://www.sguruguay.org/img/noticias/AGO2016%2054_3_web%20\(1\).pdf#page=9](http://www.sguruguay.org/img/noticias/AGO2016%2054_3_web%20(1).pdf#page=9)
12. Fernández JG. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. 2007;26.
13. Snapshot [Internet]. [citado 28 de mayo de 2018]. Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/hoja-informativa-prueba-pap-vph>
14. Estado vacunal y motivos de no vacunación contra el virus del papiloma humano en adolescentes admitidas en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Rev MEDICA Urug [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 28 de mayo de 2018];34(2). Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2018v2/art2.pdf>
15. Navarro-Illana P, Caballero P, Tuells J, Puig-Barberá J, Diez-Domingo J. Aceptabilidad de la vacuna contra el virus del papiloma humano en madres de la provincia de Valencia (España). An Pediatría. 1 de noviembre de 2015;83(5):318-27.
16. häbich d. actualización 2017 consenso fasgo sobre vacunas contra el virus del papiloma humano. :16.

9.AGRADECIMIENTOS:

Prof adj. Dra. Mariela Garau, departamento de Métodos Cualitativos.

Prof. agda. Dra. Delia M. Sánchez y Prof.adj.Dra. Marianela Barcia, Departamento de Bioética.

A los usuarios del Hospital de Clínicas participantes de este estudio, que fueron quienes lo hicieron posible.

A la clínica ginecotologica B del Hospital de Clínicas.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Conocimiento acerca de la vacuna HPV en usuarios del Hospital de Clínicas con niñas menores de 12 años a cargo en el año 2018

INVESTIGADORES: Behrend M, Bica M, Borges B, Bóveda L, Bozzolasco C, Leites S

TUTOR: Dr. Gino Pereyra

CONTACTOS ASOCIADOS A LA INVESTIGACIÓN: 094514430, e-mail: drginopereyra@gmail.com

LUGAR: Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela

FECHA: 30/05/2018

PARTICIPANTES: Usuarios del hospital de Clínicas elegidos al azar.

Usted ha sido invitado a participar de un estudio de investigación, por favor, antes de aceptar la participación, lea cuidadosamente este consentimiento. Sienta total libertad para hacer las preguntas que considere necesarias para entender los procedimientos, riesgos y beneficios.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: El estudio pretende censar el conocimiento que tienen los usuarios del hospital sobre la vacuna del virus del papiloma humano (HPV) y comprender los motivos que llevan a aceptar o rechazar la misma.

OBJETIVOS: Conocer la percepción que tienen los usuarios del Hospital de Clínicas acerca de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (HPV)

PROCEDIMIENTOS: La recolección de datos se realizará en base a entrevistas presenciales, en el Hospital de Clínicas, que tendrán una duración de aproximadamente 10 minutos.

ACLARACIONES:

- Este estudio es voluntario, usted puede participar o no y abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado.
- Este estudio no cuenta con financiamiento.
- Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio.

- La información que usted les brinde a los investigadores es totalmente confidencial. Los resultados de esta investigación podrán ser publicados en revistas o presentados en reuniones científicas, pero su identidad no será revelada.
- Riesgos: No tiene
- Si usted acepta participar en dicha investigación se llevará una copia firmada del presente documento.
- Después del procesamiento de datos, las encuestas empleadas serán destruidas.
- Es posible que en el futuro los resultados de dicho estudio sean empleados para otras investigaciones cuyos objetivos y propósitos no aparecen especificados en el consentimiento que usted firma.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos podrán ser publicados y difundidos con fines científicos.

Firma _____