

Virus del papiloma humano y la vacunación profiláctica en mujeres de edad fértil

Nataly Bustos Moreno¹
Carlos Andrés Ramírez²
Jair Alexander Fonseca Jiménez³
Heydy González⁴

Resumen

Muchas mujeres desconocen que el virus del papiloma humano (VPH) es una infección de transmisión sexual. Objetivo: identificar las causas por las cuales las mujeres en edad fértil no incluyen la vacuna contra el virus de papiloma humano en su esquema de vacunación. Métodos: estudio cualitativo, retrospectivo. La muestra se calculó teniendo en cuenta el análisis de datos de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS), se clasificó la población en grupos etarios; para el análisis se utilizó como instrumento una encuesta de tipo entrevista semiestructurada, los datos recolectados se codificaron, categorizaron y se tabularon. Resultados: de acuerdo con la estratificación social, se obtuvieron los siguientes resultados: el estrato tres es el que más accede a los servicios de salud, el estrato uno desconoce la existencia de la vacuna y no utilizan métodos profilácticos. El 74 % de las mujeres encuestadas carecen de acceso a los servicios; el 96 % creen que las IPS no brindan educación sobre el (VPH) y el 57 % considera que el factor económico influye en la decisión de vacunarse. Conclusión: la incidencia del virus del papiloma humano prevalece en

¹ Auxiliar de farmacia, Clínica Country. Tecnóloga en radiología e imágenes diagnósticas.

² Auxiliar de autorizaciones, grupo Saludcoop. Tecnóloga en radiología e imágenes diagnósticas.

³ Auxiliar de enfermería con énfasis en psiquiatría, salas de cirugía y unidad de cuidado intensivo, Hospital San Blas. Tecnólogo en radiología e imágenes diagnósticas.

⁴ Tecnóloga en radiología e imágenes diagnósticas, docente de la Fundación Universitaria del Área Andina. Tecnóloga de imágenes diagnósticas del instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt integrante del grupo de investigación Nefertiti, bienestar y Nuevas tecnologías.

mujeres de edad fértil quienes son más propensas de padecer de infecciones por dicho virus, las mujeres de estratos socio económicos 1 y 2 requieren educación sobre la vacuna como método de prevención, las mujeres de estrato socioeconómico 3 y 4 tienen mayor acceso al servicio de vacunación, lo que favorece la prevención de patologías y de autocuidado

Palabras clave

Virus de papiloma humano, infecciones tumorales por virus, esquemas de vacunación, cuello uterino.

Introducción

El virus de papiloma humano (VPH) es un virus del ácido desoxirribonucleico (ADN) de doble cadena de la familia de *papillomaviridae* (1). La infección por el VPH es una de las enfermedades de transmisión sexual que apareció hace más de 20 años, con una incidencia mayor en mujeres adolescentes y menores de 30 años, la cual se hace evidente durante los primeros cuatro o cinco años de actividad sexual y afecta generalmente al 50 % de la población (2).

Este virus posee diversas tipologías que pueden ser clasificadas de bajo o de alto riesgo, dependiendo del grado de diferenciación de las células predominantes. La clasificación vigente del virus es fundamentada únicamente en la caracterización del genoma y asociada a otros factores de riesgo como lo son: la conducta sexual, la mala nutrición y el tabaquismo; que conducen a la replicación y transcripción del ADN viral. Existen algunos tipos que han sido identificados como de alto riesgo, éstos son los responsables de la mayoría de cánceres (cánceres cervical, genital, anal y de la orofaringe), causados por VPH (3).

Al igual que muchas de las enfermedades de transmisión sexual, el proceso de infección inicialmente es asintomático, y su progresión se manifiesta

mediante lesiones dérmicas pequeñas. El crecimiento viral está asociado a la inducción de hiperplasias epidérmicas y severidad de traumas o erosiones epiteliales, proceso que ocurre fundamentalmente cuando las células basales están presentes en los receptores de integritas. Los condilomas acuminados son uno de los principales síntomas del VPH y se caracteriza por su apariencia colorida, con aspecto de coliflor. Su rápido crecimiento y ubicación son uno de los factores de mayor predominio, ya que se localizan en el área genital húmeda (4).

La infección persistente por tipos de VPH oncogénicos es una condición previa para que se desarrolle el cáncer cérvico-uterino, una enfermedad que cada año afecta alrededor de 500.000 mil mujeres y provoca 260.000 mil muertes en todo el mundo. Los tipos de VPH de alto riesgo pueden causar alrededor del 70 % de casos de cáncer cérvico-uterino y los de bajo riesgo causan el 90 % de las verrugas genitales y/o anales de manera recurrente.

Líneas de investigación epidemiológica a nivel mundial han expuesto de manera contundente el origen y las causas del VPH, brindando las herramientas necesarias para la prevención de las enfermedades que este virus causa. Se consideran entonces la toma de la citología

en medio líquido, el test de ADN de VPH (para diagnóstico) y las vacunas preventivas que están basadas en la producción de VLP (virus-like particles) o partículas similares al virus (5).

Actualmente, existen dos tipos de vacunas profilácticas: la vacuna VPH4 (Gardasil, Merck & Co.) y la VPH2 (Cervarix, GlaxoSmithKline) aprobadas y certificadas por la agencia de Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (Food and drug Administration, FDA) para la administración en mujeres entre los 9 y 26 años; las cuales son altamente efectivas para la prevención de la infección causada por los tipos de VPH en mujeres no infectadas. Estudios actuales demuestran poca efectividad en mujeres ya infectadas, ya que no se comportan como tratamiento (6).

Las vacunas del virus trabajan en el organismo como inmunizadores que protegen el organismo, creando una reacción de anticuerpos que es capaz de preservar el cuerpo contra la infección (7). Adicionalmente, se ha comprobado que no existen efectos secundarios graves causados por la vacuna, demostrándose en las pacientes una sintomatología común asociada a cualquier otro tipo de vacunas; sin embargo, es contraindicada en mujeres embarazadas (7).

Colombia se ubica dentro de los países de más alto riesgo de padecer infección por VPH, aproximadamente el 36,8 % de cada 100 000 mil mujeres padecen la enfermedad, así que se convierte en el principal factor predisponente de cáncer que causa muerte en las mujeres colombianas (8), así mismo; existe una gran variedad cultural, ambiental y demográfica con un marcado contraste en los perfiles regionales de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino que han llevado a implementar campañas de vacunación contra el virus, este proceso de vacunación debe cumplir un esquema para asegurar su efectividad, es por ello que la vacuna se debe aplicar en tres dosis.

- Primera dosis al nacer
- Segunda dosis: a los seis meses
- Tercera dosis: a los 60 meses (5 años)

El grupo de epidemiología del Instituto Nacional de Cancerología (INC) registró la incidencia de infección VPH. Según el grupo, el departamento del Tolima se ubica en el segundo lugar de incidencia a nivel nacional, antecediendo al cáncer de vagina y vulva en mujeres, y cáncer de pene y anal en los hombres. Se registraron 268 casos reportados anualmente con una tasa cruda de 39,8% en comparación con otros departamentos (9).

Debido a que las cifras de muerte por cáncer cervicouterino hacen pensar que los planes de promoción y prevención (P y P) no han sido efectivos en el departamento del Tolima, se ubicó una IPS de vacunación en la ciudad de Ibagué, que ofrece la vacuna del VPH. Esta IPS se encuentra ubicada en la comuna 10, que se compone de 30 barrios con población femenina que tienen la posibilidad pero que no acceden a la vacuna del VPH. Bajo este panorama se pretende identificar las causas por las cuales las mujeres en edad fértil no incluyen la vacuna contra el virus de papiloma humano en su esquema de vacunación pese a todos los programas (P y P).

Materiales y métodos

Este estudio fue de tipo cualitativo y retrospectivo, probabilístico y de tipo estratificado. La población de estudio correspondió a mujeres desde los 16 hasta los 24 años, que asistieron al servicio de vacunación de una IPS en la ciudad de Ibagué, entre el 2 de enero y 24 de diciembre del año 2012. El tamaño de la muestra fue definido por conveniencia, teniendo en cuenta las mujeres que no incluyeron en su esquema de vacunación la vacuna del VPH.

Para la recolección de datos, se utilizó como instrumento una encuesta de 7

preguntas y la técnica de aplicación fue directa telefónica e individual. Dentro de los motivos indagados, se contemplaron: la falta de acceso a los servicios de salud, el desconocimiento del virus, desconocimiento de la existencia de la vacuna, la falta de orientación por parte de la institución prestadora de salud, los motivos económicos y las creencias religiosas acerca de las vacunas.

Para el análisis de la información se importaron los datos al programa Microsoft Excel 2007 (Microsoft office®), el análisis de los datos se realizó a partir de estadística descriptiva y se elaboraron tablas de frecuencia con las variables antes mencionadas.

Con respecto a las consideraciones éticas, la resolución 8430 de 1993 estipula a esta investigación sin riesgo y garantiza la protección de la privacidad y confidencialidad de los datos contenidos en las historias clínicas.

Resultados

El tamaño de la muestra se calculó teniendo en cuenta el análisis de datos de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) en una tabla Microsoft Excel, con base en esta información, se clasificó la población en grupos por edad y estrato socioeconómico.

La población total atendida en el servicio de vacunación durante el periodo estudiado fue de 352 mujeres, se realizó una clasificación por estrato socioeconómico desde el nivel 1 hasta el nivel 4. Por edad, desde los 16 hasta los 25 años.

Después de establecer los grupos etarios se definió que se escogerían dos grupos uno de 16 a 20 años y el otro de

21 a 25 años dado que son los grupos que presentan los dos picos más elevados de asistencia a la IPS y posterior a ello, se clasificaron por estrato socioeconómico.

De los 16 a 20 años se obtuvo un total de 237 mujeres y de 21 a 25 años un total de 115 mujeres. De las 352 mujeres únicamente 115 aceptaron ser entrevistadas. El primer grupo con 72 mujeres y el segundo con 43 (Tabla 1).

Tabla 1. Grupos etarios que aceptaron ser entrevistadas

Grupos etarios	Edades	Cantidad
Primer grupo 16-20 años 72 mujeres	16	10
	17	18
	18	17
	19	19
	20	8
Segundo grupo 21-25 años 43 mujeres	21	16
	22	8
	23	12
	24	3
	25	4
Total mujeres encuestadas		115

Fuente: elaboración propia.

Estos dos grupos se subdividieron en estratos socioeconómicos desde el uno al cuatro, y se encontraron las siguientes

cifras: estrato 1, 10 mujeres; estrato 2, 45 mujeres; estrato 3, 48 mujeres y estrato 4, 12 mujeres (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación por estrato socioeconómico

Estrato socioeconómico	Primer grupo	Segundo grupo
1	5	5
2	26	19
3	33	15
4	8	4

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con la información total obtenida, se puede afirmar que el grupo que accede en mayor medida al servicio de vacunación es el que se encuentra comprendido entre los 16 y 20 años edad y que el estrato socioeconómico que más accede a los servicios de salud corresponde al estrato 3 con el 42 %, y muy cercano a él; se encuentran las usuarias del estrato 2 con un 39 %. Sin embargo; las usuarias de los estratos 1 y 4 no asisten regularmente al servicio de vacunación.

En cuanto al nivel de conocimiento de la existencia del VPH y de la vacuna, se encontró que las mujeres pertenecientes al estrato 1 tienen total desconocimiento, el estrato 2 conoce sobre el virus y la existencia de la vacuna en un 40 %, frente a un 60 % de desconocimiento de la misma. En el estrato 3 existe un conocimiento del 65 % contra un 35 % de desconocimiento y finalmente; el estrato 4, un 92 % conoce sobre el tema contra un 8 % de desconocimiento (Tabla 3).

Tabla 3. Nivel de conocimiento y desconocimiento de la vacuna y virus del VPH según estratos socioeconómicos

Estrato socioeconómico	Conocimiento de vacuna y del virus VPH	Desconocimiento de la vacuna y virus del VPH
1		10
2	18	27
3	32	16
4	11	1

Fuente: elaboración propia.

Las encuestas evidenciaron que los motivos de la no vacunación son los siguientes: las 115 mujeres encuestadas tienen acceso a los servicios de vacunación, sin embargo; se encontró que el 74 % de las mujeres encuestadas carecen de facilidad al acceso a los servicios contra un 26 %. Esto se da porque en el esquema de vacunación, la vacuna VPH no está incluida dentro del plan obligatorio de salud y tienen un costo elevado para ellas.

A la pregunta sobre la orientación que ofrece la IPS sobre el VPH y sus consecuencias y sobre la vacuna como

herramienta de prevención contra el virus, el 96% de ellas consideran que la IPS no le brinda la educación necesaria sobre el VPH, mientras que solo un 4 % piensa que la IPS brinda orientación adecuada sobre el tema.

De acuerdo con el ingreso económico estratificado, el 57 % de las usuarias entrevistadas consideran que el factor económico les impide acercarse a los servicios de salud, mientras que el 48 % no lo ve como un impedimento. El 100 % de las mujeres entrevistadas considera que la religión no influye para ellas en la decisión de aplicarse la vacuna (Figura 1).

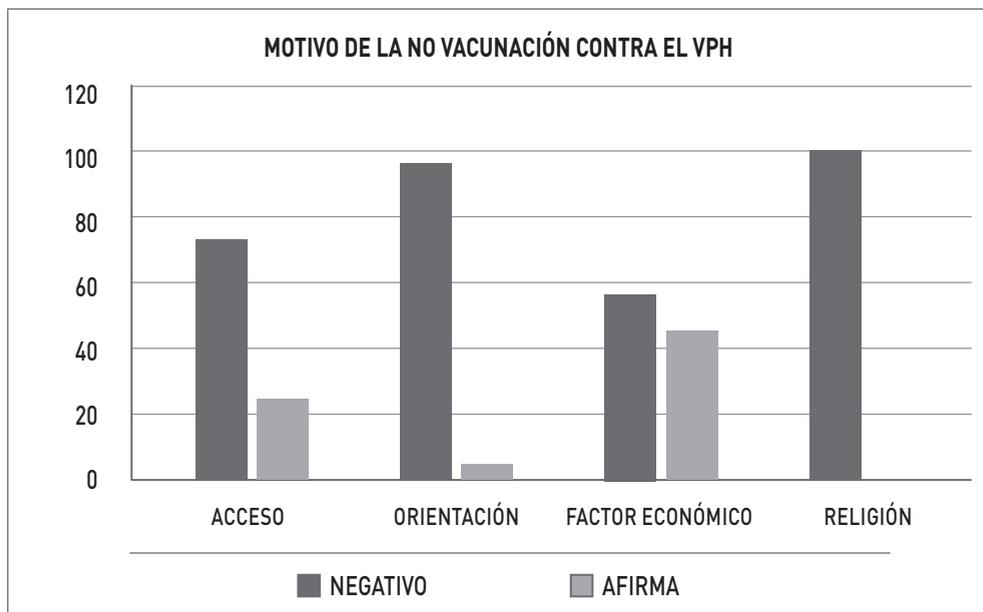


Figura 1. Representación del porcentaje de los motivos de la no vacunación contra el VPH.

Fuente: elaboración propia.

Al preguntar sobre el uso de protección para la prevención del virus, se encontró que el estrato 1 no utiliza ninguna medida, el estrato 2 utiliza protección en un 26 % contra un 74 %, el estrato 3 el 40,8 % utiliza protección contra un 59,2% y el estrato 4, el 77 % utiliza protección contra un 23 %.

Discusión

Hoy en día, la infección que más se transmite en los seres humanos es el VPH, principal causante del cáncer cervicouterino, que es la segunda causa de muerte en las mujeres (10). Harald zur Hausen, premio nobel de fisiología y medicina en 2008, con sus investigaciones dio trascendencia de la patogénesis del cáncer cervicouterino, al principio de la década de 1980 mediante la identificación del material genético del VPH en los tumores (11). Desde 2006, se autorizó el uso de la vacuna preventiva que ha demostrado evitar la infección viral y el cáncer asociado a ella en un 95 % en las mujeres que la reciben (12).

En Colombia, se han hecho investigaciones sobre la prevalencia e incidencia del VPH con el fin de planear nuevas estrategias de prevención en la población (13), sin embargo, se ha demostrado con este estudio que falta mejorar las estrategias por parte del estado y de las

IPS para lograr la vacunación contra este virus en las mujeres. Factores como el estrato socioeconómico son relevantes en la toma de decisión de vacunación, pues no está incluida dentro del plan de prevención de los adultos y tiene un costo elevado. Así mismo, el conocimiento sobre el virus y su relación con el cáncer es un factor determinante en el momento de vacunación ya que no se ve la importancia ni la relación de la enfermedad con el virus.

La disponibilidad de las vacunas es un factor determinante para la prevención de esta enfermedad, aunque la aplicación y uso de esta, depende una serie de factores como el estrato socioeconómico y el nivel de educación. También es relevante e importante conocer los riesgos que se originan de esta enfermedad (2).

Es importante educar a la mujer en el autocuidado y la necesidad de asistir a los servicios de salud utilizando todos los beneficios que se ofrece en promoción y prevención para detectar enfermedades prevenibles; y la existencia de los tipos de vacuna que se pueden encontrar.

De acuerdo con la literatura consultada, se puede decir que la prevención contra el virus del papiloma humano es más relevante en mujeres de edad fértil, quienes son más propensas de padecer de

infecciones por dicho virus. Se evidencia que las mujeres de estratos socioeconómicos 1 y 2 requieren más educación sobre el virus VPH y la importancia de la existencia de la vacuna como método de prevención.

Las mujeres de estrato socioeconómico 3 y 4 muestran la asequibilidad y la voluntad de acceder al servicio de vacunación, comprometiéndose con ellas y sus familias al evitar enfermedades prevenibles con la aplicación de la vacuna.

La educación es el medio más efectivo para llevar el conocimiento necesario a mujeres que, por diversas razones culturales, sociales y educativas decidieron no vacunarse. A pesar de que las mujeres de estrato 4 demostraron tener conocimiento sobre el tema, no se vacunaron porque no le ven la trascendencia a la prevención de esta enfermedad. Por ello, es imprescindible reforzar el compromiso del autocuidado en una sociedad donde forman parte fundamental como madres, esposas y fuerza de trabajo.

Conclusiones

El virus del papiloma humano produce una serie de infecciones de transmisión sexual desde hace más de veinte años, y tiene una incidencia en mujeres adolescentes y menores de treinta años, lo que afecta generalmente a la mitad

de la población femenina, debido a que el virus tiene varios tipos, esos tipos se clasificaron en dos clases, unos de bajo riesgo y otros de alto riesgo, que son los causantes de la mayoría de cánceres oro-faríngeos, genitales, anales o de cuello cervical.

Se sabe que el cáncer cérvico-uterino es una enfermedad que causa la muerte en la mayor cantidad de mujeres afectadas por esta enfermedad y estudios epidemiológicos han expuesto el origen, causas y herramientas para la prevención de las enfermedades que produce el VPH.

Dentro de las herramientas para prevención, existen las vacunas profilácticas que han sido aprobadas y certificadas para su uso, sin embargo; en mujeres que ya han sido infectadas por el virus la vacuna no es tan efectiva, de este punto radica la importancia de la colocación de la vacuna en edad temprana, vacuna que es utilizada en la mayoría de países desarrollados.

Colombia es uno de los países que tiene mayor riesgo de padecer infecciones por VPH y el departamento del Tolima se encuentra ubicado en el segundo lugar de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino. Debido a lo anterior, se han desarrollado campañas de vacunación contra el virus y, sin embargo, la

respuesta a la vacunación no ha sido del todo efectiva como se esperaría debido a diferentes causas, entre ellas el desconocimiento sobre el virus y sus probables resultados y otra es el desconocimiento de la existencia y utilidad de la vacuna.

Aspectos referentes a la accesibilidad a la vacuna son importantes debido a que esta no se encuentra incluida dentro del plan obligatorio de salud y falta

también que las IPS eduquen a las mujeres sobre el virus del VPH y sus posibles complicaciones.

Las mujeres, por razones culturales, sociales y educativa, deciden no vacunarse porque no ven la trascendencia de la prevención de esta enfermedad. Por este motivo, educar es la forma de tener acceso al conocimiento sobre la realidad del virus VPH y la manera de prevenirlo.

Referencias

1. Hernández W, González J. Vacuna contra el virus del papiloma humano. Medicina Pontificia Universidad Javeriana [Internet]. 2009 [Citado 2014 sep 16];50(2):209-222. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v50n2/6-VACUNA.pdf>.
2. Rincón OL, Pareja LR, Jaramillo S y Arisizábal BH. Virus del papiloma humano, respuesta inmune y cáncer cervical: una relación compleja. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet] 2007 [Consultado 2014 nov 4];58(3):202-212. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000300006&lng=en&tlng=es
3. Concha RM. Diagnóstico y terapia del virus del papiloma humano. Revista Chilena de Infectología [Internet]. 2007 [Consultado 2014 nov 11];24(3):209-214. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182007000300006
4. León CG, Bosques DO. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Revista Cubana Obstetricia Ginecología [Internet]. 2005 [Consultado 2014 nov 11];31(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=0138-600X20050001&script=sci_issuetoc.
5. Combata A, Coursaget P, Bravo M. Detección de anticuerpos neutralizantes contra virus de papiloma humano tipo 16. Revista colombiana de cancerología [Internet]. [consultado 2013 jul 11]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v7n2/v7n2a02.pdf>
6. Centro para el control y prevención de enfermedades, información para las mujeres jóvenes sobre la vacuna contra el VPH: hoja informativa Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-vaccine-young-women-s.htm>

7. Diestro M, Serrano M, Gómez-Pastrana V. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH) [Internet]. 2007 [Consultado 2014 diciembre 12];30(2):42-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S037848352007000200002&script=sci_arttext
8. Lauri E, Vivien T, Shelley LD, Heather C, Susan AW, Andrea SV, Julia ML. Human Papillomavirus Vaccine Introduction – The First Five Years. *Vaccine* 30S 2012 F139– F148 [Consultado 2014 dic 1]. Disponible en: <http://projeto HPV.com.br/projeto HPV/wpcontent/uploads/2011/03/Markowitz-et-al-2012-5-anos-de-implementacao.pdf>.
9. Murillo R. Vacunación contra el virus del papiloma humano en Colombia. Instituto Nacional de Cancerología, Subdirección de Investigaciones, Publicado y revisado en octubre del 2006 [Consultado el 11 de noviembre de 2014]. En: http://scienti1.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000264474
10. Pisani P, Bray F, Parkin DM. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *Int J Cancer*. 2002;97:72-81.
11. Dürst M, Gissmann L, Ikenberg H, zur Hausen H. A papillomavirus DNA from a cervical carcinoma and its prevalence in cancer biopsy samples from different geographic regions. *PNAS*. 1983;80:3812-5.
12. Jaim G. Premio Nobel en Fisiología o Medicina 2008: Los virus, el cáncer y el SIDA. *Medicina (B. Aires), Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. 2009;69(1).
13. Molano M, Posso H, Murillo R, Van den B A, Ronderos M, Muñoz A, Meijer C, Muñoz N. Historia natural de la infección por el virus del papiloma humano en una cohorte de Bogotá, D.C., Colombia. *Cancerología*. 2005;9(4):192-209.