



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

TESIS DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



TITULO: *“Nivel de Información de madres, padres y/o cuidadores sobre la vacuna de Virus de Papiloma Humano (VPH) y su influencia en la cobertura. Barrio San Roque y aledaños, 2017”*

Alumna: Lic. Esp. CAROLINA C. JURADO

Directora: Dra. LAURA D. ACOSTA

Córdoba, Junio 2017

TRIBUNAL DE TESIS: 1.-Prof. Dra. Patricia Gómez

2.-Mgter. Daniel Romero

3.-Dra. Amanda Grandis

DEDICATORIA

A mi hija y esposo, quienes estuvieron presentes y me apoyaron incondicionalmente en mi formación, son la gran razón de mi vida para el logro de mis objetivos

A la memoria de mi amada madre que están en mi corazón que me impulsan a seguir caminando en el viaje de la vida y permitir disfrutar lo que más deseo,

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Escuela de Salud Pública que me permitió ampliar y fortalecer conocimiento durante el desarrollo del cursado de la Maestría en Salud Pública, en donde encontré persona con mucha bondad, docentes generosos de conocimientos, administrativos ahí presentes para nuestras dudas. Todos con su apoyo, confianza y aliento me facilitaron el camino para poder superar los obstáculos que se presentaron durante el desarrollo de la investigación. Por ello quisiera expresar mi gratitud a todas las personas que apoyaron y aportaron en esta investigación:

A la Dra. Laura Acosta, Asesora de mi tesis quien con su motivación me impulso para continuar en mi investigación permitió superar las dificultades presentadas, así como sus amplios conocimientos sin el cual no hubiera podido realizar la culminación del mismo por sus valiosas enseñanzas y su gran comprensión.

A los jurados, quienes con cada uno de sus recomendaciones en la investigación permitieron mejorar y concluir exitosamente la investigación.

A Verónica, secretaria de la escuela de salud pública quien fue la llave clave para la gestión de lo administrativo en la presentación de la tesis, quien con su simpatía, amabilidad y escucha, contribuía para la presentación triunfante de la tesis

Gracias Dios por vivir esta vivencia junto a mi hija y esposo que de alguna u otra manera contribuyeron de diversas maneras para que esta investigación culminara.

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77"La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor"

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACION	10
ANTECEDENTES.....	11
MARCO TEORICO.....	15
1. Cáncer de Cuello de Útero	15
1.1. Generalidades.....	15
1.2. Incidencia y mortalidad por CCU en América Latina y Argentina	16
1.3. Prevención de Cáncer de Cuello de Útero e Influencia de Virus de Papiloma Humano.....	17
2. Virus del Papiloma Humano	20
2.1. Historia del VPH.....	20
2.2. Características del Virus del Papiloma Humano	20
2.3 Clasificación del Virus de Papiloma Humano	21
2.4. Epidemiología del VPH, factores de Riesgo y enfermedades relacionadas.	22
2.5. Patogenia de la Infección por el Virus de Papiloma Humano	23
2.6. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención del Virus del Papiloma Humano.....	24
2.7 Incorporación de la Vacunas del VPH(Cervarix, Gardasil) al Calendario Nacional de Vacunación.....	25
2.8. Análisis cobertura VPH en Córdoba.....	27
3. Información en salud	30
3.1. Concepto de Información en salud	30
3.2. Nivel de Información de Madres, Padres y/o Cuidadores	31
3.3. Movilización y comunicación social en salud	32

3.4. Caracterización de la población de estudio. Barrio San Roque y aledaños.....	35
OBJETIVOS	36
HIPÓTESIS.....	37
MATERIAL Y MÉTODO	38
DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	39
A. Variables sociodemográficas	39
B. Variables relacionadas con la información de madres, padres o cuidadores sobre VPH.	40
C. Variables relacionadas con la información de madres, padres o cuidadores sobre la vacuna VPH y la aceptabilidad de la misma.	41
D. Cobertura de vacunación por VPH en niñas de 11 a 15 años.	42
RESULTADOS.....	44
1. Análisis descriptivo	44
1.1. Características socio- demográficas.....	44
1.2. Información sobre VPH, aceptabilidad de la vacuna contra VPH y cobertura de vacunación contra VPH.....	45
1.2.1. Información sobre VPH.....	45
1.2.2. Conocimiento, aceptabilidad y cobertura de vacuna VPH.	49
2. Análisis bivariado.....	51
2.2. Relación Nivel de Información identificado sobre VPH y las características socio demográfico, educacional y laboral de las madres y/o cuidadores.....	51
2.2. Relación Nivel de Información identificado sobre VPH y la cobertura de vacunación por VPH en las niñas que nacieron entre 2000 y 2005.	65
DISCUSION	68
CONCLUSION.....	73
RECOMENDACIONES	74
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXO I	83
Firma del Profesional	84
ANEXO II.....	85
ENCUESTA.....	85

RESUMEN

Introducción: La mortalidad por cáncer de cuello de útero constituye no sólo un problema de Salud Pública en nuestro país, sino a nivel mundial. La introducción de la vacuna Virus de Papiloma Humano (VPH) constituye una estrategia a la problemática.

Objetivo: Analizar el nivel de información sobre VPH de madres, padres y/o cuidadores de niñas que nacieron en el año 2000-2005, y su relación con la aceptabilidad y la cobertura de vacunación por VPH, en el Barrio San Roque de la ciudad de Córdoba y aledaños, en el año 2017.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y de asociación. El universo estuvo conformado por la población de niñas en el barrio San Roque y aledaños nacidas entre los años 2000 y 2005. La muestra fue definida por muestreo aleatorio simple, polietápico, con un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 5%; siendo el total de 315 encuestas. Se utilizó como instrumento un cuestionario elaborado, con el que se exploró el nivel de información sobre el VPH a través de una encuesta dirigida a personas (madres, padres y/o cuidadores) de niñas que nacieron a partir del año 2000 al 2005. Se solicitó el consentimiento informado. Se analizaron datos sociodemográficos, información sobre VPH, información y aceptabilidad de vacuna VPH, cobertura de vacunación en las niñas. Se realizó análisis descriptivo y bivariado, se utilizó el software SPSS versión 20.

Resultados: El 96,8% de los encuestados fueron mujeres. Según el nivel de instrucción 26% posee secundario completo. El 47,6% trabaja. Con respecto si conoce la enfermedad VPH, un 53% dice conoce, de los cuales solo un 13% realmente sabían que significaba tener VPH, así mismo se observa que conocen la existencia de la vacuna VPH un 91,7%, y la aceptabilidad de la misma fue elevada (99,4%). Con respecto a la aplicación de dosis el 73% tienen un carnet completo. La fuente de información sobre la enfermedad VPH fueron los medios televisivos, seguido de internet, y profesionales de la salud (enfermeros, ginecólogos y otros). Se observaron relaciones

Nivel de información sobre VPH y su influencia en la cobertura

significativas entre el nivel educativo y socioeconómico y con la información sobre el VPH. Además se observó asociación entre el conocimiento del riesgo del VPH y la cobertura de vacunación de las niñas.

Conclusión: La información sobre el riesgo del VPH influyó en la cobertura de vacunación. A su vez, la información fue mayor en las personas con nivel educativo y socioeconómico alto. Estos resultados son de importancia a la hora de establecer medidas tendientes a mejorar la cobertura vacunal de VPH.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer mortality is not only a public health problem in our country and worldwide. The introduction of the Human Papilloma Virus (HPV) vaccine has become a strategy to the problem.

Objective: To analyze the level of information on HPV of mothers, parents and caregivers of girls who were born in the year 2000-2005, and its relation with the acceptability and coverage of HPV vaccination in the San Roque neighborhood and near neighborhoods, of the city of Córdoba and bordering, in the year 2017.

Material and Methods: A descriptive, transversal and association study was carried out. The universe was made up of the population of girls in the San Roque neighborhood and near neighborhoods, born between 2000 and 2005. The sample was defined by simple random sampling stepwise, with a confidence level of 95% and a master error of 5%; being the total of 315 surveys. An elaborate questionnaire *ad hoc* was used, with which the level of information on HPV was explored through a survey directed at people (mothers, fathers and / or caregivers) of girls who were born from 2000 to 200. Informed consent was request. We analyzed sociodemographic data, information on HPV, information and acceptability of HPV vaccine, vaccination coverage in girls. A descriptive and bivariate analysis was carried out, the SPSS software version 20 was used.

Results: 96.8% of the respondents were women. According to the level of education, 26% have complete secondary education. In relation to the occupation, 47.6% work. Regarding if you know the HPV disease, 53% say they know, of which only 13% really knew what it meant to have HPV, also it is observed that they know the existence of the HPV vaccine 91.7%, and the acceptability of It was high (99.4%). Regarding the application of doses 73% have a complete card. The source of information about HPV disease were television media, followed by the internet, and health professionals (nurses, gynecologists and others). Significant relationships were observed between educational and socioeconomic level and with information on

HPV. In addition, there was an association between the knowledge of the risk of HPV and the vaccination coverage of the girls.

Conclusion: Information on HPV risk influenced vaccination coverage. At the same time, the information was higher in people with high educational and socioeconomic level. These results are important in establishing measures to improve HPV vaccination coverage.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Cáncer de Cuello de Útero (CCU) ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer más comunes entre mujeres a nivel mundial y es la segunda causa de muerte por cáncer, a pesar de que la enfermedad podría prevenirse casi por completo gracias a los conocimientos y tecnologías actualmente disponibles¹.

El CCU es el tumor que refleja con máxima crudeza la desigualdad social en salud. Afecta principalmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico, socialmente vulnerables, que no acceden a los servicios de tamizaje. La enfermedad y muerte de estas mujeres tiene consecuencias devastadoras para las condiciones de vida de sus familias, ocasionando la pérdida de trabajo, ingresos, y el ausentismo escolar de los niños del hogar. De manera que, el CCU no sólo afecta a las mujeres más pobres, sino que es a su vez un factor que intensifica la pobreza y la vulnerabilidad social¹.

La tasa de mortalidad por CCU en Argentina en 2015 fue de 7,2 defunciones por 100000 mujeres, habiéndose registrado la mayor tasa ajustada en la provincia de Misiones (16,2p/100000) y la menor en Tierra del Fuego (3,9p/100000). Los cambios en la tendencia temporal de las tasas de incidencia y mortalidad son en parte una consecuencia de cambios en los factores de exposición y fundamentalmente de cambios en las medidas de prevención y control de la enfermedad². El conocimiento de la mortalidad es fundamental para la vigilancia epidemiológica y por tanto para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública. Igualmente, es un instrumento importantísimo para la evaluación en salud, tanto de la cobertura, calidad y capacidad de resolución de los servicios como de los programas, de acciones específicas e incluso de la disponibilidad de tecnologías médicas³.

Según datos del Instituto Nacional del Cáncer (INC), creado en 2010, en nuestro país se realizan 4900 diagnósticos nuevos anuales y mueren unas 2000 mujeres al año debido a la enfermedad. Más del 99% de los casos están relacionados a infecciones genitales por el Virus del Papiloma Humano (VPH)⁴.

El VPH es el principal factor de riesgo de CCU, debido a que causa infecciones persistentes y cambios celulares que a su vez pueden evolucionar a CCU.

La transmisión del VPH es a través del simple contacto, no exclusivamente de relaciones sexuales puede transmitirse de hombre a mujer, mujer-hombre, mujer-mujer y hombre-hombre⁵.

Uno de los métodos para prevenir el contagio de VPH es la vacuna contra el VPH, la cual constituye una importante oportunidad para reducir de forma significativa la carga de enfermedad en todo el mundo⁶.

Un enfoque integral que complementa el uso de la vacuna contra el VPH (prevención primaria), con el tamizaje para la detección temprana de lesiones (prevención secundaria), permitiría reducir significativamente la incidencia del CCU en la Argentina en las próximas décadas⁷.

El objetivo de vacunación contra VPH es lograr ampliar la cobertura al 95% o más, con tres dosis en niñas de 11 años de edad residentes en Argentina. La captación de esta población se convierte en un nuevo desafío para el sistema de salud, una de las estrategias planteada para lograr buenas coberturas es brindar información sobre la vacuna VPH⁷.

La Organización Mundial de Salud (OMS) reconoce la importancia del CCU y otras enfermedades relacionada a VPH como un problema de salud pública y recomienda incluir la vacunación contra este virus como parte del programa nacional de vacunación. La vacuna para VPH es efectiva para prevenir la infección y la enfermedad con ella relacionada. La introducción de estas vacunas es factible desde un punto de vista programático⁷.

La vacunación contra el VPH tiene como desafío alcanzar a las adolescentes previamente al inicio de la vida sexual. En general los programas que alcanzan una alta cobertura en adolescentes reducirían los costos asociados con la detección del CCU con seguimiento de prueba de tamizaje, lo que conlleva a sensibilizar a madres y cuidadores sobre la importancia de la vacuna VPH.

La introducción de la vacuna VPH forma parte de la estrategia Mundial de Salud de la Mujer y los niños, lanzada durante la cumbre de los Objetivos de

Desarrollo del milenio en septiembre 2010. Esta estrategia debe incluir educación para la salud y considera costo-efectividad para reducir la incidencia y el riesgo de contraer VPH⁷.

La ciudad de Córdoba cuenta 483 barrios, en los que actualmente existen 148 centros vacunatorios distribuidos en los diferentes barrios de la ciudad capital. En Córdoba, 1.451.970 niñas iniciaron la vacunación contra VPH. Aproximadamente, 1 millón ya están protegidas con el esquema completo, pero la cobertura media de la ciudad es inferior al ideal del 95%, siendo aún muy inferior a la media en algunos barrios de la ciudad de Córdoba.

Algunos estudios realizados en países desarrollados y en desarrollo, indican que la cobertura está influida por la aceptabilidad, definida como la adecuación a los deseos y expectativas de la persona que recibe una intervención en salud y su familia. Para que la aceptabilidad se concrete, es importante que la población esté informada y reciba una adecuada educación en salud que le permitirá decidir sobre un problema específico.

La información es un conjunto organizado de datos que constituyen un mensaje sobre un determinado ente o fenómeno. A diferencia de los datos la información tiene significado, es decir, relevancia y propósito⁸.

La literatura muestra dos tendencias epistemológicas que piensan el concepto de equidad en el campo de la información, de donde derivan las opciones políticas. La primera corriente, llamada vertical o jerárquica, entiende el acceso y uso de la información como función de los grupos demográficos (por ejemplo, de acuerdo al sexo, los ingresos, la edad, el idioma, el nivel educativo y la ubicación geográfica). Es decir, el acceso a la información es logrado por las personas con mayor nivel social y económico. La política alternativa para una sociedad más justa sería la más amplia distribución y redistribución de bienes (por ejemplo, del apoyo financiero, de los sistemas y las fuentes de información, y de los servicios sociales) entre los diferentes grupos sociales⁹.

La segunda perspectiva sostiene que los individuos o grupos sociales, a pesar de contar con un nivel económico y social similar, pueden ser muy distintos en función de las necesidades, el acceso y el uso de la información.

Entendido como una perspectiva horizontal o heterárquica, este enfoque se centra en los intereses, conocimientos y experiencias y las contingencias de los individuos y grupos, y cómo cambian en diferentes contextos sociales y tiempos históricos. Aquí, la información es vista como un bien público intangible que es subjetivo y depende del contexto. En este caso, la calidad es mejor que la cantidad⁹.

Muchos pensadores sostienen que la equidad en el acceso y el uso de la información es una dimensión más importante para discutir políticamente que la distribución más o menos equilibrada de los bienes de información en la sociedad. Es decir, estaría implicada aquí una política que debe tener en cuenta una perspectiva subjetiva inherente a cómo la gente elige (o no) el acceso y el uso de la información⁹.

Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la Argentina implementa la vacunación en los varones¹⁰.

- la inclusión de varones a las estrategias de vacunación contra VPH cuando las coberturas en mujeres son menores al 50% para alcanzar el objetivo de disminuir el cáncer cervical,
- otorga además, un beneficio directo al disminuir la incidencia y mortalidad por enfermedades asociadas al VPH en varones.

Ambos géneros son responsables de la transmisión del VPH por lo que ambos deberían asumir la carga de reducir el riesgo de las enfermedades relacionadas así como tener el mismo acceso a los beneficios directos de la vacunación.

La vacunación en varones contribuiría a la erradicación del cáncer de cuello de útero, reducción de la transmisión del virus, aumento de la inmunidad de grupo, y prevención de las enfermedades asociadas al VPH en ambos géneros.

Dada la baja cobertura identificada en las cohortes de niñas nacidas entre los años 2000 a 2005 en la ciudad de Córdoba, este trabajo tiene el propósito de analizar el nivel de información sobre la vacunación por VPH y su relación

Nivel de información sobre VPH y su influencia en la cobertura

con la cobertura de vacunación por VPH; en madres, padres y/o cuidadores de las niñas nacidas entre los años 2000-2005, en el barrio San Roque y alrededores de la ciudad de Córdoba, durante los meses de diciembre de 2016 a febrero de 2017. Se llevó a cabo en el barrio San Roque y alrededores, debido a ser este espacio uno de los identificados con menor cobertura en la ciudad¹¹.

JUSTIFICACION

Este trabajo de investigación es de importancia ya que la mortalidad por CCU constituye no sólo un problema de Salud Pública en nuestro país, sino a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud el VPH constituye la principal causa que ocasiona infecciones que podrían desarrollar CCU⁷.

Este estudio es el primero que se realizó en nuestro medio, desde que esta vacuna se introdujo en el esquema de vacunación del Ministerio de Salud Pública de Argentina.

Esta investigación permitió ampliar los conocimientos en relación a la importancia de la comunicación para el fomento de actividades preventivas. Se espera que los resultados aportados por este estudio tengan impacto en mejorar las estrategias comunicacionales tendientes a promover y/o incrementar la cobertura de vacunación.

Asimismo, esta investigación permitió realizar un trabajo de manera intersectorial entre las/os referentes de los centros de salud de los barrios seleccionados, y la Dirección de Epidemiología, del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

ANTECEDENTES

Algunos estudios realizados en países desarrollados y en desarrollo, indican que la cobertura está influida por la aceptabilidad y para que esta aceptación se concrete, es importante que la población esté informada y reciba una adecuada educación en salud que le permitirá decidir sobre un problema específico.

Barreno López llevó a cabo una investigación con el objetivo de conocer el grado de aceptación por parte de los padres de familia de niñas de entre 9 y 11 años de edad que recibieron la vacuna, para lo que se utilizó la encuesta como herramienta de recolección de datos en una población total de 529 padres en tres instituciones educativas vinculadas al Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Ambato. Los resultados demostraron que existe una elevada aceptación por parte de los mismos reflejado, en el porcentaje obtenido (76%) pese a no tener información suficiente sobre la vacuna; sin embargo, los niveles de cobertura no se llegan a cumplir en las instituciones objeto de estudio, debido a razones inherentes al sistema sanitario, dando como resultado una tasa de abandono elevada¹¹.

En un estudio realizado en Barañain (España), analizó el conocimiento sobre la vacuna del VPH en mujeres no vacunadas por VPH nacidas entre los años 1959 y 1991 y acudan al centro de Atención de la mujer (CAM) de Barañain. Los resultados obtenidos indicaron que el 33% de las mujeres no se han vacunado por el desconocimiento de la existencia de una vacuna frente al VPH. El 69% de las mujeres que había recibido información de la vacuna lo había hecho en el Centro de Atención a la Mujer¹².

El nivel bajo de cobertura de la vacuna contra el VPH fue analizado por Camaño-Puig y Sanchis-Martínez, a través de una investigación cualitativa en la que aplicaron una metodología de grupo focales para evaluar la cobertura y la necesidad de analizar las causas que están afectando a la toma de decisiones sobre la administración de la vacuna, a partir de las manifestaciones de aquellas directamente implicadas, las adolescentes. Los resultados indican que la experiencia, conocimientos y opiniones respecto a

la vacunación frente al VPH de las adolescentes, que pueden resumirse en la existencia de ideas erróneas y una carencia importante de conocimientos. Los autores concluyen que es apropiado preguntar a los propios interesados involucrados, en este caso las adolescentes, acerca de sus experiencias y percepciones, lo que nos permite comprender la esencia del problema y ante ello tener capacidad de respuesta, lo que nos induce a realizar cambios significativos en la gestión del proceso de vacunación frente al VPH¹³.

Portero-Alonso et al, realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer la información y la percepción del riesgo que tenían VPH e identificar cuáles han sido sus fuentes de información, en la cohorte de adolescentes nacidos en 1996, varios meses después de las dos supuestas reacciones adversas ocurridas en la Comunidad Valenciana en febrero de 2009. Los autores concluyen que los adolescentes de ambos sexos conocen para qué sirve la vacuna frente al VPH, si bien este conocimiento en las mujeres es significativamente mayor en comparación con el de los varones¹⁴.

Otro estudio evaluó los conocimientos sobre la infección por VPH y su vacuna en madres de adolescentes e identificó los factores asociados a la predisposición de vacunar a sus hijas. Los autores concluyeron que: los medios de comunicación no influyen en la decisión de vacunar; sería conveniente minimizar la percepción de riesgo ante esta vacuna; el consejo del profesional sanitario actúa a favor de la vacunación si este interviene activamente en sentido positivo, y existe una brecha entre nivel de conocimientos y toma de decisión para vacunar¹⁵.

González Pascual y Reguilón Aguado, analizaron los factores que influyen en el incumplimiento de la pauta de vacunación por VPH en adolescentes de Madrid. Se observó que la mayoría de las niñas recibían las 3 dosis que confieren inmunidad y que ser de origen extranjero fue un factor que influye en que no se complete la pauta de vacunación. Los autores concluyen que se debería seguir investigando sobre la cobertura vacunal en personas de origen extranjero y sobre los aspectos relacionados con los medios de comunicación y la toma de decisiones en salud, así como sobre la influencia del número de dosis a administrar en la cobertura vacunal¹⁶.

Xavier Castellsagué et al, señalaron la importancia de destacar el impacto epidemiológico, sanitario y económico de la introducción de una vacuna tetravalente en la carga de enfermedades asociadas a los tipos de VPH6, 11, 16 y 18 en España. Los beneficios clínicos observados en los primeros años después de la implementación de los programas de vacunación estarían fundamentalmente asociados a la prevención de las verrugas genitales asociadas a los tipos 6 y 11 del VPH¹⁷.

Entre los antecedentes en América Latina, se encuentra el trabajo de Aguilar et al, cuyo objetivo fue medir la aceptabilidad en madres e hijas de un colegio del estado de Morelos (México). Los autores concluyeron que el nivel de aceptabilidad en las madres de las estudiantes está estrechamente relacionada con el nivel de conocimientos que tienen a cerca del cáncer cervical, Papanicolaou o VPH, mientras que el nivel de aceptabilidad en las estudiantes de preparatoria no se relaciona con el conocimiento pueden tener acerca del cáncer cervical, Papanicolaou o VPH¹⁸.

Anguiano et al, llevaron a cabo un estudio para evaluar el grado de conocimiento del VPH y la aceptación de la vacuna para prevenirlo en madres de estudiantes de 9 a 15 años de edad, del sexo femenino, de la ciudad de Durango, México. Se detectó que el 83% de las madres encuestadas consideró importante que sus hijas reciban información amplia de la vacuna contra el VPH a partir de los nueve años de edad. La religión y el nivel socio-económico no fueron factores significativos para permitir o no la vacunación. Se identificaron como factores de riesgo de no permitir la vacunación a sus hijas: no saber de la existencia de la vacuna, no tener información amplia de la misma y el temor a que inicien vida sexual activa a edad más temprana. En la ciudad de Durango, la vacuna sería de gran utilidad, ya que el tipo 16 del VPH es el predominante y está incluido en las dos vacunas disponibles¹⁹.

También se analizó la aceptabilidad que tienen los padres de adolescentes hacia la vacuna contra el VPH, en cuatro contextos socioculturales en Colombia. Los autores indicaron que en estas regiones se encontraron diferencias entre las familias de acuerdo a su situación social y económica.

Paradójicamente, aquellas familias de nivel educativo y económico más alto, representadas en los padres de los niños y niñas de colegios privados, fueron los que mostraron mayor capacidad crítica frente a la información científica recibida, lo que evidenció una actitud claramente dubitativa frente a la aplicación inmediata de la vacuna. Por el contrario, los padres de niños y niñas de colegios oficiales en las cuatro ciudades mostraron una actitud proactiva hacia la vacunación inmediata y muchos, con la intención de superar la barrera del costo, mediante la realización de esfuerzos económicos importantes²⁰.

Como antecedente en Argentina, se encuentra el trabajo de Vaccaro quien realizó un estudio en Rosario, para conocer el nivel de conocimiento acerca del VPH de los padres de niñas de 11 años. En el trabajo concluyó que: es importante destacar la relación existente entre el nivel de instrucción de los padres y el conocimiento de VPH, pero no sucedió lo mismo con la aplicación de dosis de la vacuna a sus hijas, ya que solo el 28,6% de la población que conoce sobre la vacuna completó el esquema de vacunación con las 3 dosis y del total de la población que no conoce el 31% aplicó las 3 dosis a sus hijas²¹.

MARCO TEORICO

1. Cáncer de Cuello de Útero

1.1. Generalidades

El Cáncer de Cuello Uterino (CCU), es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución; que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.

Los virus oncogénicos desempeñan un papel etiológico de gran importancia en varios de los tumores malignos que afectan al hombre. Los estudios moleculares han demostrado la relación entre las células intraepiteliales y escamosas de cérvix con numerosas infecciones inducidas por los virus Epstein Barr, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), herpes virus tipo II (VSH-2), citomegalovirus (CMV) y particularmente por el Virus de Papiloma Humano (VPH). Observaciones clínicas y estudios moleculares han permitido establecer un importante papel del VPH en el origen de las lesiones pre-invasivas de cuello uterino. Desde hace casi 30 años se sugirió que el VPH era el agente causal del cáncer de cérvix uterino²². Esta idea le concedió el Premio Nobel en 2009 al profesor HaraldZurHausen. Actualmente se ha establecido que la infección persistente por tipos oncogénicos de VPH es la causa necesaria del cáncer de cérvix. Mediante múltiples estudios epidemiológicos, moleculares y clínicos se ha demostrado que esta neoplasia es una secuela de una infección no resuelta de ciertos genotipos de VPH²³. En esencia, todos los canceres de cérvix contienen DNA de algún tipo de VPH de alto riesgo. Se ha podido demostrar que este virus es el agente desencadenante de más del 95% de los cánceres cervicales y de las lesiones cervicales de alto grado. El VPH ha

sido considerado un factor importante en el origen y evolución de las lesiones premalignas del CCU; sin embargo, la exposición al virus no es suficiente para originar o causar una neoplasia intraepitelial cervical²⁴.

1.2. Incidencia y mortalidad por CCU en América Latina y Argentina

El CCU, constituye un importante problema de salud pública nivel mundial, afecta aproximadamente a medio millón de mujeres cada año. Según la Organización Mundial de la Salud, el CCU, es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, con unas 300.000 muertes al año⁸.

El 80% de los casos corresponden a los países en vías de desarrollo. En Latinoamérica y el Caribe (LAC), la prevalencia de infección por VPH es de 10-15% en mujeres con examen citológico normal²⁴.

En Argentina, los tipos VPH 16 y 18 son responsables de 77,1% de los casos de CCU, lo que representó en el año 2012 un total de 3000 casos diagnosticados y 1800 muertes. Estos valores ubican a Argentina por encima del promedio mundial en términos de incidencia y mortalidad por CCU²⁴, pero esta carga de enfermedad no afecta por igual a toda la población. Las regiones más pobres del país y con menor cobertura sanitaria son las que presentan las mayores tasas de mortalidad por CCU²⁵.

De acuerdo con las estadísticas del Ministerio de Salud, en Argentina se diagnostican cada año aproximadamente 4000 casos nuevos de CCU y mueren aproximadamente 1800 mujeres a causa de la enfermedad. Su tasa de incidencia era, en 2010, de 17.5/100.000 mujeres y la tasa de mortalidad, ajustada por edad, de 7.1 /100.000 mujeres según estimas de la, Agencia Internacional para a Investigación sobre el Cáncer (IARC). La carga de CCU en Argentina no es homogénea: varía según el área. Es muy alta en poblaciones con menor nivel de desarrollo socio-económico⁸.

1.3. Prevención de Cáncer de Cuello de Útero e Influencia de Virus de Papiloma Humano

Debido a la carga importante de salud pública que representa, y en reconocimiento del impacto limitado de los programas de prevención hasta la fecha en entornos de bajos recursos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha elaborado una Estrategia Regional para la Prevención y Control del CCU.

Su objetivo es informar a los gobiernos y las partes interesadas sobre la costo-efectividad de los programas que están disponibles para la prevención integral y el control del cáncer cuello de útero, que requieren un completo paquete de servicios: educación para la salud, protección específica, detección, diagnóstico y tratamiento, y en función de la preparación para la asequibilidad, la sostenibilidad del país para la vacunación contra el VPH.

La prioridad es fortalecer los programas y evaluar las nuevas tecnologías, como nuevas técnicas de detección y vacunas contra el VPH, se pueden utilizar para mejorar la eficacia de los programas actuales²⁶.

Representantes de programas de cáncer del Ministerio de Salud de 25 países de América Latina y el Caribe fueron consultados sobre la estrategia propuesta. La Estrategia Regional se presentó al Consejo Directivo de la OPS el 1 de octubre de 2008, un órgano de gobierno representada por los ministros de salud de todos los países de las Américas. La resolución fue aprobada y obliga a los países a la ampliación de programas integrales del CCU, con el aumento de la cooperación técnica de la OPS²⁶.

Una estrategia de acción se recomienda para fortalecer los servicios de salud actuales y considerar la introducción de nuevos enfoques y tecnologías para mejorar la cobertura, calidad y eficacia. La estrategia incluye los siguientes puntos²⁶:

- Llevar a cabo un análisis de la situación: En ausencia de información estratégica actual, recopilar información sobre salud sexual, y evaluar las inversiones actuales y la cobertura, el seguimiento y la calidad del programa de cribado; evaluar la carga de VPH, las lesiones precancerosas y el cáncer

en el país, y estudiar los adolescentes y la comunidad perspectivas, creencias y necesidades relacionadas con la prevención del cáncer cervical y el control. Esta información podría ayudar a informar las decisiones sobre si y cómo modificar las políticas y prácticas de cáncer de cuello uterino, y también sirven como una base para el seguimiento del impacto del programa.

- Intensificar la información, educación y asesoramiento:

Aumentar la conciencia sobre el cáncer de cuello uterino y la prevención de la infección por VPH y promover un comportamiento sexual saludable entre la población adolescente, mujeres y hombres, y profesionales de la salud. Involucrar a las comunidades en los servicios de prevención, centrándose en las mujeres de grupos desfavorecidos y vulnerables, incluyendo mujeres que viven en zonas rurales y las mujeres indígenas.

- Fortalecer la detección y pre-cáncer de los programas de tratamiento:

En los entornos con recursos suficientes para mantener la calidad de las pruebas de detección de Papanicolaou y garantizar oportuna y el seguimiento apropiado para las mujeres que resulten positivos, fortalecer los programas de tamizaje mediante:

- 1) la optimización de la calidad de las pruebas de detección;
- 2) la introducción de las pruebas de ADN del VPH
- 3) el incremento de la cobertura del tamizaje de las mujeres en el grupo de edad en situación de riesgo (> 30 años).
- 4) el aumento de la proporción de la oportuna y adecuada atención de seguimiento para las mujeres con pruebas de detección anormales.

- Establecer o fortalecer sistemas de información y registros de cáncer:

El establecimiento de un sistema de información y vigilancia es esencial para el monitoreo permanente del desempeño de programas contra el cáncer cervical, incluyendo la cobertura, la detección y resultados de las pruebas, el seguimiento de diagnóstico y tratamiento, para evaluar la carga previa a la vacuna del VPH, las lesiones precancerosas y el cáncer cervical y para monitorear el impacto, la seguridad y la eficacia de vacunas contra el VPH.

- Mejorar el acceso y la calidad del tratamiento del cáncer y de los cuidados paliativos: La cirugía y la radioterapia son las modalidades de tratamiento recomendado para el cáncer invasor del cuello uterino, lo que resulta en tasas de curación del 85-90% en las primeras etapas.
- Generar evidencia para facilitar la toma de decisiones sobre la introducción de vacunas contra el VPH. La OPS, a través de la Iniciativa ProVac, colaboró con los países para mejorar la capacidad nacional para hacer decisiones basadas en la evidencia introducción de la vacuna a través de un programa de cinco años de mayor escala de trabajo.
- Promover el acceso equitativo y asequible de vacunas contra el VPH

El acceso generalizado a la vacuna contra el VPH dependerá de tener un precio asequible, dado que las mujeres pobres están en mayor riesgo, el acceso y la equidad deberán ser los temas críticos que deben tenerse en cuenta.

Las asociaciones y la colaboración entre los grupos de salud multidisciplinarios son necesarios para fortalecer los servicios de atención primaria y los programas de inmunización, en preparación para la introducción de la vacuna contra el VPH y para garantizar un enfoque global de CCU²⁶.

La combinación de estrategias de prevención primaria (vacunación contra el VHP) y secundaria (cribado) permitiría reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello de útero.

Entre las técnicas de cribado para el diagnóstico oportuno se encuentra la Prueba del Papanicolaou (PAP). Ésta debe realizarse a toda mujer con vida sexual activa. Otra técnica es la colposcopia, la cual examina el cuello uterino y permite encontrar áreas anormales en elmismo²⁷.

Actualmente, el VPH representa una de las infecciones de transmisión sexual más común. Los 70-80 % de hombres y mujeres sexualmente activos están o han estado expuestos al VPH²⁸.

El cambio en la conducta sexual de las mujeres ha llevado a que las infecciones de transmisión sexual sean ahora más frecuentes que en las generaciones anteriores. Existe una iniciación precoz de las relaciones

sexuales y un número más elevado de compañeros sexuales. Estos cambios han hecho aumentar la prevalencia del VPH en los últimos años en las mujeres jóvenes. Situaciones socio-culturales, económicas y educativas de las mujeres, y la etnia influyen en su acceso a la información y el nivel de demanda y utilización de los servicios de prevención del cáncer cervical^{26,28}.

2. Virus del Papiloma Humano

2.1. Historia del VPH

La historia de infección genital por el VPH tiene más de 2000 años. Tanto griegos como romanos describieron las verrugas genitales (verrugas virales o virus papiloma humano), transmitidas por relaciones sexuales. Hasta bien entrado el siglo XX se creía erróneamente que la infección de las verrugas o condilomas genitales, formaba parte de las infecciones sifilíticas y gonorréicas. En la época del antiguo Egipto, se hicieron pinturas que describían el tratamiento de las verrugas genitales, con el uso de cauterio y en la Grecia clásica adopta su nombre "Kondyloma" que significa verruga, como también es conocida en la actualidad. En la Roma del siglo I d.C., Aulus Cornelius Celsus (25 a.C-50 d.C), considerado como el "Cicerón de la medicina", o el "Hipócrates latino", hizo la primera descripción de verrugas genitales con la diferenciación de las mismas, denominando ficus a las verrugas genitales, myrmecia a las verrugas de la planta del pie y thimión a la verruga vulgar. En Roma, ya se sospechaba su posible transmisión sexual, ya que a menudo las personas las tenían en el ano. Celsus, también describió úlceras genitales duras y suaves²⁹.

2.2. Características del Virus del Papiloma Humano

El VPH es un grupo de Virus de ADN de doble banda que pertenece a la familia Papovaviridae, no poseen envoltura, y tienen un diámetro aproximadamente de 52 a 55 nm²⁹; su genoma está conformada por dos

tipos de Genes, aquellos que son codificados en las etapas tempranas de la infección., conocidos como genes E (del inglés Early: temprano), y aquellos que son codificados durante las etapas tardías del ciclo de la replicación del mismo conocidos como L (del Inglés Late: tardío). Se conocen seis genes temprano: E 1, E2, E4,E5, E6, E7 (aunque se considera que el E4 es en realidad un gene tardío), y dos tardíos L1 Y L2. Los genes temprano codifican proteínas involucradas en la replicación y regulación viral, así como en su capacitación carcinoma. Por otro lado, los genes tardíos codifican las proteínas estructurales que conforman la capsida viral³¹. Existen más de 100 genotipos identificados, de los cuales alrededor de 40 infectan las mucosas, en particular del tracto ano genital⁷.

2.3 Clasificación del Virus de Papiloma Humano

Se clasifican en genotipos sobre la base del grado de homología de las secuencias nucleotídicas de su ADN con prototipos preestablecidos. El número asignado es correlativo al orden de descubrimiento (VPH tipo 1, VPH tipo 2, etc.)⁷.

Los estudios epidemiológicos de prevalencia global demostraron que estos tipos de VPH pueden subdividirse en dos grupos sobre la base de su potencial oncogénico:

VPH de bajo riesgo (principalmente VPH 6, 11, 40, 42, 43, 44, 61), comúnmente presentes en las lesiones benignas (condilomas-verrugas genitales y neoplasias intraepiteliales de bajo grado), con mínimo riesgo de progresión maligna⁷.

VPH de alto riesgo (VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82), los cuales bajo la forma de infección persistente pueden conducir al cáncer. Entre estos, los dos tipos más comúnmente asociados con CCU son los genotipos 16 y 17⁷.

La distribución de los diferentes tipos virales varía según el área geográfica, pero el tipo viral oncogénico predominante en todo el mundo es el 16⁸.

Los genotipos 16 y 18 causan mundialmente aproximadamente 70% de los cánceres cervicales, (más del 75% en Argentina) y más de la mitad de las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) de grado moderado (2) o grave (3) o adenocarcinoma in situ (AIS). El 91% de la mortalidad por cánceres asociados con la infección por VPH es atribuible a lesiones de origen cervical^{7, 29}.

2.4. Epidemiología del VPH, factores de Riesgo y enfermedades relacionadas.

La vía de contagio más directo es la transmisión sexual por contacto directo del virus VPH sobre los tejidos mucosas y piel³⁰.

Los Factores de riesgo para contraer la infección son:

- Inicio de vida sexual activa a temprana edad (antes de los 20 años).
- Adolescentes con vida sexual activa.
- Gran número de compañeros sexuales.
- Enfermedades de Transmisión Sexual o inflamación del cuello del útero persistente o recurrente.
- Virus de Inmunodeficiencia (HIV Sida) el cual se asocia tanto a que prevalezca la infección por VPH como a que esta progrese a lesiones maligna³¹.

Solo una pequeña parte de las infecciones crónicas por VPH evolucionan a CCU. Se han encontrado algunos factores de riesgo que son determinantes para que se de esta evolución.

- Conducta Sexual: Se considera el principal factor de riesgo. El inicio precoz de las relaciones sexuales y el número de compañeros, aumenta el riesgo³⁰.
- Consumo de tabaco: Las mujeres fumadoras mayor riesgo de contraer el CCU. Se ha demostrado que en el moco cervical hay una concentración elevada de sustancias provenientes del tabaco³¹.
- Mujeres con alto número de embarazos: Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo favorecen el desarrollo de las infecciones de VPH^{31,32}.

-Sistema inmunológico deprimido: factores genéticos, enfermedades como el Sida, medicamentos, drogas, etc., que provocan una disminución en el sistema inmunológico de la persona, predispone al desarrollo de CCU³¹.

- Uso prolongado de anticonceptivos: se ha vinculado con la persistencia de infecciones por VPH. Se estima que las mujeres que utilizan anticonceptivos por más de cinco años, duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino³³.

-Mala o deficiente nutrición: se considera que una dieta baja en antioxidante, ácido fólico y vitamina C, favorece la persistencia de la infección por VPH y la evolución de lesiones a CCU³².

2.5. Patogenia de la Infección por el Virus de Papiloma Humano

Las infecciones por VPH son transmitidas principalmente por contacto sexual. El VPH es altamente transmisible y la mayoría de mujeres y hombres sexualmente activos adquirirán infección por VPH en alguna oportunidad en la vida⁸.

La infección por VPH está relacionada también con el 20%-90% de los carcinomas escamosos de ano, orofaringe, vulva, vagina y pene. Se estima que el 90% del cáncer anal está causado por el VPH-16 y VPH-18 y el 40% de los cánceres de vulva se relacionan con el VPH-16³².

La infección por VPH suele ser clínica, subclínica y latente:

Fase Clínica: cuando la lesión es visible a simple vista.

Fase Subclínica: cuando se hace evidente mediante la pincelación de ácido acético (adquieren un color blanco característico).

Fase Latente se detecta mediante hibridación y PCR²⁹.

La mayoría de las personas infectadas por el VPH no presenta síntomas.

En el 90% de los casos, el sistema inmunitario del cuerpo elimina el VPH, de manera natural en un lapso de dos años. Si las defensas del cuerpo no son suficientes, la infección por el VPH puede progresar hasta una transformación premaligna que tiene distintas denominaciones, entre ellas es común escuchar sobre: Lesiones de Alto Grado, Displasias leves, moderadas

y graves, Carcinoma In situ y si la infección por el VPH persistente puede llegar a transformar las células normales en células cancerígenas³¹.

Es fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento preventivo antes de que se desarrolle el Cáncer³².

2.6. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención del Virus del Papiloma Humano

En Argentina los tipos de VPH 16 y 18 son los responsables del 78.2% de los cánceres de cuello uterino y se encuentran en el 6.8% de las pacientes con citología normal, en el 37.6% de las lesiones intraepiteliales de bajo grado y en el 67.2% de las lesiones intraepiteliales de alto grado.

El diagnóstico de estas lesiones se puede realizar mediante la clínica, colposcopia o penoscopia, examen citológico con coloración del Papanicolaou, estudio histológico e hibridación del VPH. El estudio histológico se puede observar la presencia de coilocitos, característico del VPH³³.

El tratamiento dependerá del sitio anatómico, el tamaño y número de lesiones. Las posibilidades disponibles en el presente son las topicaciones con tintura de podofilino, con ácidotricloroacético, pomada con 5 fluorouracilo, o de uso más reciente, la aplicación tópica semanal de imiquinod (inmunomodulador).

Como tratamiento destructivo físico puede utilizarse la aplicación de láser, criocirugía o electrocirugía³³⁻³⁵.

Para la prevención se encuentran disponibles y licenciadas dos vacunas contra el VPH (una cuadrivalente, Gardasil, contra tipos de VPH 6 – 11 – 16 y 18 y la otra, bivalente, Cervarix, contra los tipos de VPH 16 y 18). Ambas son preparadas por tecnología recombinante, utilizando proteínas estructurales L1 purificadas que son ensambladas en partículas similar virus (VLP). Ninguna contiene productos biológicos vivos ni ADN viral. No tienen acción terapéutica. El mecanismo por el cual inducen inmunidad incluiría tanto la inmunidad celular como la humoral⁷.

Ambas demostraron ser seguras y altamente efectivas para cumplir con el objeto primario para cumplir en prevenir neoplasia intraepitelial cervical,

asociada a VPH de alto riesgo, de grado moderado y grave (NIC2-3) y tienen el potencial de reducir significativamente la incidencia de cáncer cervical^{7,33}.

2.7 Incorporación de la Vacunas del VPH(Cervarix, Gardasil) al Calendario Nacional de Vacunación

La introducción de la vacuna contra VPH forma parte de la Estrategia Mundial de Salud de la Mujer, lanzada durante la cumbre de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en septiembre de 2010⁵.

El Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud de la Nación (PRONACEI), puede garantizar la introducción de la vacuna VPH, habiendo evaluado los indicadores programáticos, operativos, de factibilidad, sustentabilidad y estratégicos⁵.

La vacunación frente a VPH abre una nueva estrategia de prevención primaria frente al cáncer de cérvix uterino. En la actualidad se han desarrollado y autorizado por la autoridad reguladora norteamericana (FDA) y la Agencia Europea del Medicamento (EMA) dos vacunas: Cervarix frente a los serotipos 16 y 18, y Gardasil frente a los serotipos 6, 11, 16 y 18³⁶.

La relación causal con el VPH ha permitido desarrollar vacunas con el objetivo de reducir los casos de CCU y otras lesiones: la vacuna bivalente, para los tipos 16 y 18, y la tetravalente, que incorpora los tipos 6 y 11, asociados con verrugas y lesiones preneoplásicas^{36,37}. Argentina implementó en el año 2011 la vacunación rutinaria contra VPH en un esquema de tres dosis de vacuna bivalente (Cervarix)³⁸.

Los lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación establecen que “La disminución de la incidencia de Cáncer de Cuello uterino será abordado de forma integral; por la prevención primaria a través de la vacunación, la prevención secundaria a través del tamizaje poblacional (examen de Papanicolaou- PAP- test de VPH), que han de ser reforzadas por el Ministerio de Salud de La Nación, para maximizar su impacto⁷.

En la vacunación VPH son incluidas todas las niñas que hayan cumplido 11 años de edad nacidas a partir del primero de enero del año 2000^{5,7}

Hasta agosto del 2014, 58 países (el 30% de todo el mundo) han introducido la vacunación contra este virus en sus programas de vacunación para niñas y en algunos países han incluido también a niños³⁹. Esta estrategia que se implementó en nuestro país desde del presente año, a niños de 11 años, nacidos a partir año 2006, con dos dosis de aplicación a 0 -6 meses.

El esquema completo de vacunación para VPH (Cervarix) comprendía la aplicación de tres dosis en un esquema 0, 1 y 6 meses. Fueron incluidas todas las niñas que hayan cumplido 11 años de edad nacidas a partir del 1 de enero del año 2000.

A nivel individual, una mujer en Argentina que reciba las tres dosis de vacunas obtendría una reducción del riesgo, a lo largo de su vida, cercana a 60% para la incidencia y muerte por CCU y del orden de 67% para la incidencia de verrugas genitales, en comparación con una mujer que no la recibe⁷.

Desde el enero de 2014, se comenzó a utilizar una nueva vacuna contra VPH para prevenir el CCU. Se trata de la vacuna cuadrivalente Gardasil, que amplió su cobertura a los genotipos oncogénicos 6 y 11, presentes en las lesiones benignas, en reemplazo a la bivalente Cervarix. Argentina adquirió las vacunas contra VPH a través del Fondo Rotatorio de la OPS5.

El país adquirió la vacuna bivalente los años 2011, 2012 y 2013 y, desde enero de 2014, la vacuna cuadrivalente (Gardasil). La vacuna cuadrivalente se prepara a partir de partículas similares al virus (VLP) altamente purificadas de la proteína L1 de la cápside mayor del VPH para cada uno de los tipos (6, 11, 16 y 18) obtenidos a partir de cultivos de fermentación en células de levaduras (*Saccharomyces cerevisiae*) por tecnología de ADN recombinante⁷.

El esquema completo de vacunación para VPH (Gardasil) comprendía la aplicación de tres dosis en un esquema 0, 2 y 6 meses, incluidas todas las niñas que hayan cumplido 11 años de edad nacidas a partir del 1° de enero del año 2000.

Considerando la evidencia científica disponible la implementación de este esquema, siguiendo los lineamientos internacionales (SAGE: Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la Organización Mundial de la Salud, GTA: Grupo Técnico Asesor de la OPS) y las nacionales (grupo de trabajo de expertos nacionales y la Comisión Nacional de Inmunización) se recomienda lo siguiente^{7, 39}:

- Simplificar el esquema de vacunación contra VPH a un esquema de dos dosis con intervalo de 6 meses entre la primera y segunda dosis (0-6 meses).
- Si la segunda dosis fue administrada antes de los 6 meses, deberá aplicarse una tercera dosis respetando los intervalos mínimos (4 semanas entre 1ª y 2ª dosis, 12 semanas entre 2ª y 3ª dosis).
- Este esquema se indicará si se inicia antes de los 14 años, en caso de iniciar un esquema atrasado en niñas mayores de 14 años deberán recibir tres dosis (0-2-6 meses).
- Continuar con el esquema de tres dosis en personas de cualquier edad que vivan con VIH y trasplantados (0-2-6 meses).
- Si las niñas se presentan a vacunar tardíamente con más de 11 años, pero pertenecen a la cohorte 2000, deberán ser inmunizadas.

Teniendo en cuenta el breve tiempo que ha pasado desde su implantación en los calendarios de vacunación, sin suficiente experiencia de resultados a largo plazo, es posible que haya cierta desconfianza por parte de los profesionales a recomendarla, pudiendo suponer este factor el éxito o el fracaso de vacunación VPH.

2.8. Análisis cobertura VPH en Córdoba

Se llama cobertura de vacunación al porcentaje de la población que ha sido vacunada en un determinado tiempo (mes, trimestre, semestre, año).

La cobertura debe ser calculada por:

- Cada vacuna
- Número de dosis

- Grupo de edad
- Áreas geográficas (municipio, provincia, región o país)⁸

Para calcular la cobertura de vacunación es necesario tener información sobre la población meta a vacunar y sobre el número de dosis aplicadas³⁶.

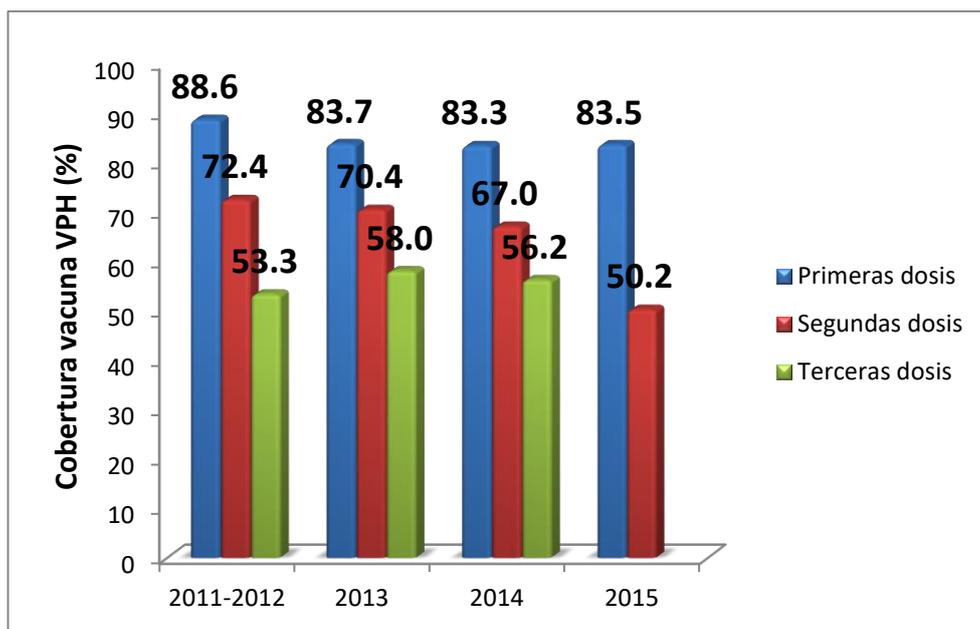
Teniendo en cuenta que la vacunación de VPH, tiene como propósito, disminuir la incidencia y mortalidad por CCU; el objetivo es lograr coberturas mayores o iguales al 95% en la población.

Datos del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI) del Ministerio de Salud de la Nación indican que Córdoba es una de las provincias con menor índice de cobertura de vacunación contra el HPV. Aproximadamente un 50% por ciento de las niñas de 11 años recibió las tres dosis necesarias para una correcta protección¹¹.

En cambio Neuquén, Jujuy y Entre Ríos, lideran el ranking con la cobertura del cien por ciento de la población objetivo⁸.

En la ciudad de Córdoba, se observa en la Figura 2, que la cobertura de la vacuna contra VPH en niñas de 11 años, ha sido inferior al 60%.

Gráfico 1: Cobertura de vacuna de Virus de Papiloma Humano en la ciudad de Córdoba en niñas de 11 años, período 2011 a 2015.



Fuente: ProCEInCor - Área de Epidemiología - Ministerio de Salud de Córdoba.

La tasa de abandono es el porcentaje entre el número de primeras dosis aplicadas, sobre las últimas dosis aplicadas.

Tasa de Abandono:

$(\text{N}^\circ \text{ de primeras dosis aplicadas} : \text{N}^\circ \text{ de ultimas dosis aplicadas}) \times 100$

La información respecto a la tasa de abandono, es indicada en la figura 3. Se observa que el departamento Capital de la provincia de Córdoba, registra una tasa de abandono mayor al 50% en los últimos años.

Gráfico2: Tasa de Abandono de vacuna de Virus de Papiloma Humano, por departamentos de la Provincia de Córdoba, año 2012- 2015.

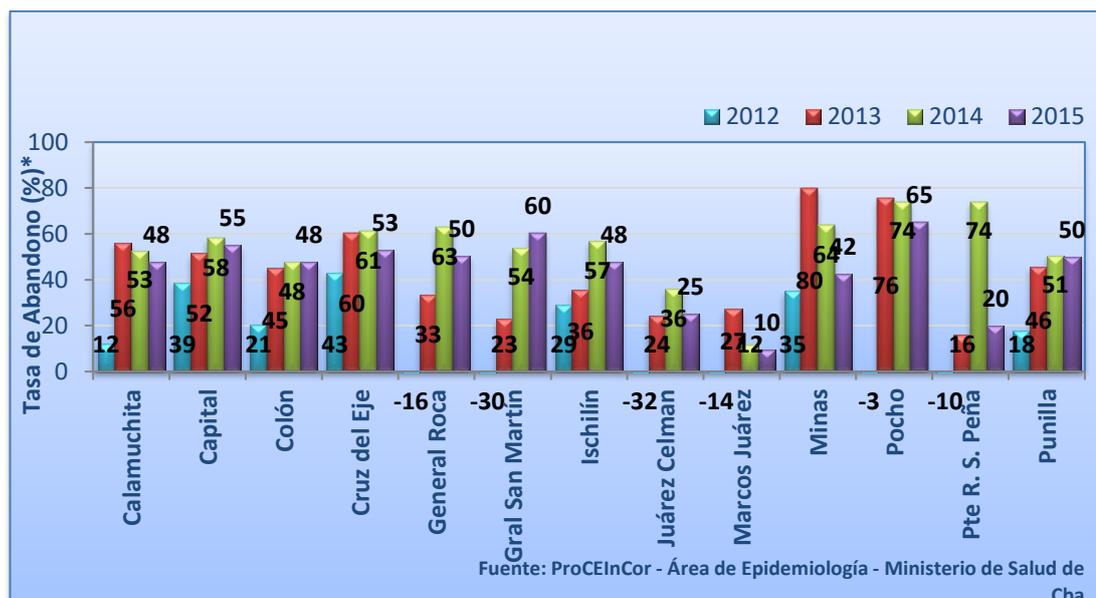


Tabla 1: Tasa de abandono de vacuna de Virus de Papiloma Humano, Provincia de Córdoba, año 2012- 2015.

Tasa de Abandono (%)	2012	2013	2014	2015
TOTAL Provincial	17	45	50	72

Fuente: ProCEInCor - Área de Epidemiología - Ministerio de Salud de Córdoba.

3. Información en salud

3.1. Concepto de Información en salud

Denominamos *información* conjunto de datos, ya procesados y ordenados para su comprensión, que aportan nuevos conocimientos a un individuo o sistema sobre un asunto, materia, fenómeno o ente determinado. La palabra, como tal, proviene del latín *informatio, informatiōnis*, que significa ‘acción y efecto de informar’⁴⁰.

La importancia de la información radica en que, con base en esta, una persona puede solucionar problemas, tomar decisiones o determinar cuál alternativa, de un conjunto de ellas, es la que mejor se adapta a

sus necesidades. El aprovechamiento que un individuo haga de la información, en este sentido, es la base racional del conocimiento.

La consecuencia más importante de la información es cambiar el estado de conocimiento que un individuo o sistema maneja con respecto a determinado fenómeno o cuestión, todo lo cual influirá en las acciones, actitudes o decisiones que se tomen a partir de la nueva información. Por ejemplo, si una persona recibe la información sobre el estado del tiempo, la cual indica que va a llover, conducirá a que lleve un paraguas al salir de su hogar.

Por otra parte, algunas de las características fundamentales de la información que esta debe tener cierto grado de utilidad, pues, con base en ella, el individuo o sistema modificará las sucesivas interacciones que realice con su entorno. Asimismo, la información debe poseer vigencia o actualidad. Y, finalmente, la información deberá ser confiable, pues en la medida en que lo sea se dispondrán una serie de acciones para confirmarla⁴⁰.

3.2. Nivel de Información de Madres, Padres y/o Cuidadores

Alavi y Leidner, definen el conocimiento como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurales¹⁰. El conocimiento proporciona a los seres humanos la base que les permite desarrollar una concepción o teoría acerca de sí mismo y del mundo, y les proporciona también un medio para racionalizar y justificar su forma de percibir, pensar y actuar, sobre lo cual orientan y apoyan sus decisiones. Es además, un elemento motivador del comportamiento¹⁰.

La inmunización se considera la más efectiva intervención en salud. Entre los factores que contribuyen a disminuir las coberturas, un lugar importante ocupan las oportunidades perdidas en vacunación y el mayor número corresponde a las contraindicaciones erróneas o falsas creencias, por falta de

conocimientos sobre las vacunas, que tienen los padres o cuidadores de los niños⁸.

Por ello se debe tener en cuenta que una de las necesidades principales de las madres es la de relacionarse con su familia, necesidad que está presente durante todo el ciclo vital. Esta necesidad de relacionarse consiste en dar la sensación de seguridad, de protección, capaz de responder ante demandas de orden biológico y psicológico. Al entender que las madres se encuentran insertas en tramas de relaciones, es importante entender la manera en que se da en primera instancia la relación.

El rol de toda madre tiene un nivel de autoridad única y otorga comprensión y seguridad desde que el ser nace hasta su madurez conforme pasa los años⁴². En este contexto la vacunación es parte importante en el cuidado de la salud de los hijos.

Al ser las personas responsables de niños, preadolescentes y adolescentes, son a quienes las autoridades de salud deben educar e informar sobre la necesidad y la importancia de recibir las vacunas. Además, es primordial que se explique sobre el cumplimiento del esquema de vacunación lo que ayudaría a disminuir las tasas de abandono y deserción o a su vez la erradicación de la enfermedad.

El estado proporciona de manera gratuita las vacunas pero en ocasiones los esfuerzos no son suficientes llegando a faltar el biológico. Es ahí cuando la actuación de los padres es requerida al no olvidar que mantienen una dosis pendiente para completar el esquema y de ser necesario acudir al sector privado para su adquisición y cumplir con el esquema dentro del tiempo que este lo requiera, con el único propósito de otorgar una protección completa a través de la vacuna para prevenir la enfermedad.

3.3. Movilización y comunicación social en salud

Cuando se lleva a cabo una política en materia de prevención como es la implementación de una nueva vacuna se debe tener en cuenta la

opinión pública, que información se le da, el modo de facilitarla y la fuente que la suministra.

Los medios de comunicación social en salud, constituyen un instrumento de influencia en la sociedad, por medio de éstos es posible conocer lo que sucede en el contexto social, en los distintos ámbitos de la vida, por ello deberían desempeñar un papel fundamental, siempre apegados a los principios de la ética comunicacional y atendiendo los requerimientos sociales. En los procesos de comunicación, existen falencias, como la escasa divulgación de información sobre la vacuna del VPH, lo cual lleva a una falta de credibilidad y confianza de la población⁴³.

La influencia que ejercen los medios de comunicación de masas sobre la sociedad actual es innegable, en unos casos esta capacidad de intervención sobre el individuo, y por ende, sobre la colectividad social puede resultar beneficiosa, sin embargo en otras ocasiones, puede tener un efecto realmente perjudicial.

La población en ocasiones recibe una gran cantidad de información que es incapaz de reconocer cuales son erróneas y cuáles no, cuales están manipuladas y cuáles no, precisamente esta información sitúa al individuo en el punto inverso al que creía estar ubicado, es decir, el receptor de ese enorme flujo informativo no tiene capacidad suficiente como para asimilar y procesar ese ingente material. No es capaz de discriminar lo correcto de lo incorrecto, un ejemplo muy en sintonía con este tema extrapolado del ámbito más general a un espacio más concreto de la información, es la incapacidad de los servicios de inteligencia actuales para dar validez, credibilidad, o certeza a los innumerables mensajes que reciben acerca de una determinada investigación. Precisamente por esa imposibilidad manifiesta a la hora de diferenciar entre la información veraz, la desinformación o la manipulación.

Pero también es necesario recalcar que una sociedad desinformada se vuelve débil por eso los medios de comunicación son indispensables siempre y cuando se los trate de forma responsable con una ideología correcta pensando que fueron creados principalmente para el beneficio de la gente.

La incorporación de la vacunación para VPH en el calendario nacional plantea varios desafíos que deben ser considerados en el diseño e implementación de estrategias y actividades de comunicación para médicos y para la población objetivo: adolescentes, padres y población escolar⁴³.

Para enfrentar estos desafíos exitosamente, se precisa desarrollar actividades con objetivos precisos y mensajes que sean consistentes, claros y únicos.

Los mensajes educativos con respecto a la importancia de la vacunación estarán destinados a los alumnos y padres de la población objetivo, enfatizando que las vacunas del calendario nacional en Argentina son gratuitas y obligatorias y no necesitan orden médica para su aplicación. Son un derecho y una responsabilidad⁴³.

El consentimiento fundamentado para la vacunación contra el VPH puede ser otra oportunidad de comunicación para educar a los progenitores y las niñas acerca de las cuestiones de salud de los adolescentes o la detección del cáncer cervicouterino¹⁰.

4. Caracterización de la población de estudio. Barrio San Roque y aldeños.

Barrio Residencial San Roque es un extenso barrio ubicado en el sudoeste de la ciudad de Córdoba, al norte de la Avenida Fuerza Aérea Argentina. Posee 12.608 habitantes.

Es una zona que se encuentra en degradación física y social del espacio público y su ocupación diferenciada en distintos horarios del día. También se constató la precariedad en infraestructura urbana, como redes de agua potable, desagües, asfalto, cordón cuneta, marcadas deficiencias en la prestación de otros servicios públicos como el transporte y un largo etcétera “que acentúa la situación de aislamiento que ya implica la segregación”⁴³.

Los Barrios Aldeños son:

Los Plátanos, Los Naranjos, Los Granados, La Madrid, Los Paraísos, Las Pichana, Ameghino Norte.

Mapa 1. Barrio San Roque y aldeños



Fuente: Datos geográficos de la Municipalidad de Córdoba. Disponible en: <https://www.cordoba.gob.ar/servicios/catastro-online/>

OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar el nivel de información sobre VPH de madres, padres y o cuidadores de niñas que nacieron en el año 2000-2005, y su relación con la aceptabilidad y la cobertura de vacunación por VPH, en el Barrio San Roque de la ciudad de Córdoba y alrededores, en el año 2017.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar a la población de madres padres y o cuidadores de niñas que nacieron en el año 2000-2005, en el Barrio San Roque de la ciudad de Córdoba y alrededores, en el año 2017.
- Identificar el nivel de información, la cobertura y la aceptabilidad que posee la madre, padre y/o cuidador sobre VPH, en el Barrio San Roque de la ciudad de Córdoba y alrededores, en el año 2017.
- Relacionar el nivel de información identificado sobre VPH y la aceptabilidad de la vacuna con las características socio-demográficas, educacionales y laborales de las madres, padres y/o cuidadores, en el Barrio San Roque de la ciudad de Córdoba y alrededores, en el año 2017.
- Relacionar el nivel de información de las madres, padres y/o cuidadores y la aceptabilidad, con la cobertura de vacunación de VPH en las niñas que nacieron entre los años 2000 a 2005, en el Barrio San Roque de la ciudad de Córdoba y alrededores, en el año 2017.

HIPÓTESIS

La cobertura de vacunación por VPH en niñas de 11 a 16 años del barrio San Roque y aledaños, está relacionada con la aceptabilidad de la misma y el nivel de información sobre el VPH. A su vez, el nivel de información sobre VPH está asociado a las características socioeconómicas y educativas del padre/madre y/o cuidador de las niñas.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y de asociación.

Población y Muestra: Se seleccionó el barrio San Roque, debido a que es uno de los que poseen menor cobertura de vacunación por VPH en la ciudad de Córdoba¹¹. Adicionalmente se incluyeron barrios aledaños a Barrio San Roque (Los Plátanos, Los Naranjos, Los Granados, La Madrid, Los Paraísos, La Pichana, Ameghino Norte), para diversificar las características socioeconómicas y educacionales de la población. El **Universo** estuvo conformado por la población de madres, padres y/o cuidador de niñas en el barrio San Roque y aledaños nacidas entre los años 2000 y 2005. **La muestra** fue definida por muestreo aleatorio simple, polietápico, con un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 5%, siendo la muestra total de 315 encuestas. Teniendo en cuenta la cartografía del espacio geográfico a estudiar, se enumeraron las manzanas y luego se seleccionaron aleatoriamente las manzanas y dentro de cada una de ellas se seleccionaron un hogar en cada cuadra. Si en el hogar había niñas nacidas entre 2000 y 2005, y estaba presente el padre, madre y/o cuidador, y aceptaba participar del estudio firmando el consentimiento informado, se le realizaba la encuesta. Caso contrario, se continuaba con la siguiente casa, de izquierda a derecha. Se procedió de esta manera, hasta completar la muestra. cuidador El personal del Centro de Salud de Barrio Residencial San Roque ayudó en la entrada al terreno.

Criterios de inclusión: Madres, padres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005 que residan en barrio San Roque o aledaños.

Criterios de exclusión: rechazo a participar del estudio.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Se utilizó como instrumento un cuestionario elaborado *ad hoc* (anexo) destinado a madres,

padres y/o cuidadores, con el que se exploró el nivel de información sobre el VPH a través de una encuesta dirigida a personas (madres, padres y/o cuidadores) de niñas que nacieron entre el año 2000 al 2005.

El instrumento, en su primera sección explora características sociodemográficas del entrevistado. Luego, se indican algunas preguntas sobre información sobre VPH, fuentes de información, percepción de riesgo, aceptabilidad y cumplimiento del esquema de vacunación.

La técnica utilizada fue la encuesta. Los datos fueron recolectados por la tesista.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

A. Variables sociodemográficas

Nivel socioeconómico del barrio: El barrio es parte de una población de extensión relativamente grande, que contiene un agrupamiento social espontáneo y que tiene un carácter peculiar, físico, social, económico o étnico por el que se identifica. Para categorizar el nivel socioeconómico del barrio, se construyó una tipología, de acuerdo con los datos del Censo Provincial 2008, en relación al porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas. De acuerdo a la distancia del desvío estándar (DE) de cada barrio con la media para la ciudad de Córdoba, se categorizaron los barrios en: NSE alto (mayor a +1DE), NSE medio (entre +1 y -1 DE), y bajo (por debajo de -1 DE).

Sexo: es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética. Categorías: Masculino, femenino

Edad: Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació. Años cumplidos al momento de la encuesta, tanto de la madre, padre o cuidador, como de la niña.

Ocupación: Se define como empleo, oficio o dignidad. Categorías: Trabaja, desocupado, ama de casa, estudia, otro.

Nivel de instrucción: Es caudal de conocimiento adquiridos y el curso que sigue un proceso que se está instruyendo. Se midió a través del nivel de formación alcanzado (último nivel cursado y terminado). Se categorizó en alto: mayor a secundario completo; medio: hasta secundario completo; bajo: secundario incompleto o menor.

B. Variables relacionadas con la información de madres, padres o cuidadores sobre VPH.

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems en la encuesta
<p>Información sobre VPH: Es un conjunto organizado de <u>datos</u> procesados, sobre VPH que constituyen un <u>mensaje</u> que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje</p>	-	<p><u>Información sobre VPH</u></p> <p><u>Información sobre formas de contagio de VPH:</u></p> <p><u>Información sobre manifestaciones de VPH</u></p> <p><u>Método/s de Prevención para evitar el contagio</u></p> <p><u>Fuentes de información sobre VPH</u></p> <p><u>Riesgo del VPH</u></p>	<p>¿Sabes que es VPH?</p> <p>¿Conoce su forma de contagio?</p> <p>¿Conoce cómo se manifiesta?</p> <p>¿Conoce qué método/s de prevención son más efectivos para el contagio?</p> <p>¿De qué medios de difusión proviene la información que usted posee sobre VPH</p> <p>¿Sabe qué riesgo tiene el VPH?</p>

C. Variables relacionadas con la información de madres, padres o cuidadores sobre la vacuna VPH y la aceptabilidad de la misma.

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Items
Información y aceptabilidad sobre la vacuna contra VPH: Información: Conjunto organizado de datos sobre la vacuna VPH. Aceptabilidad: grado de acuerdo con la incorporación de la vacuna VPH	Información	Conocimiento de la existencia de la vacuna VPH Utilidad de la Vacuna Edad de aplicación de la vacuna Dosis aplicadas	¿Conoce si hay una vacuna para VPH? Con respecto a la vacuna ¿Para qué sirve? ¿sabes desde que edad se puede aplicar la vacuna VPH? ¿sabes cuantas dosis se pueden aplicar?
	Aceptabilidad	Aceptabilidad de la vacuna	¿Estás de acuerdo con la aplicación de la vacuna contra el VPH?

D. Cobertura de vacunación por VPH en niñas de 11 a 15 años.

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Cobertura de vacunación por VPH: Cumplimiento del esquema de vacunación de la niña.	-	Vacunación de la niña Dosis aplicadas Esquema de vacunación completo	¿Con respecto a su hija esta vacunada? ¿Cuántas dosis le aplicaron? Se determinó en base al número de dosis recibidas ² .

Indicador de cobertura:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niñas con esquema de vacunación completo para la edad}}{\text{N}^\circ \text{ de niñas total}}$$

Consideraciones éticas

Para salvaguardar la integridad de las personas, conforme a las normativas éticas vigentes; se solicitó a cada uno de los participantes su autorización, por escrito, para utilizar la información suministrada con fines estrictamente de investigación (consentimiento informado). El formulario de consentimiento informado se incorporó en la primera parte del cuestionario (anexo). Adicionalmente, teniendo en cuenta que la vacunación es un derecho de la población, una vez recabada la información del estudio, se citó a los padres y/o cuidadores al Centro de Salud para iniciar y/o completar el esquema de vacunación en las niñas que no habían iniciado/completado el esquema.

Análisis estadístico

Se determinaron medias y DE (edad madre, padre y/o cuidador, edad de las niñas, número de dosis), frecuencias relativas y absolutas (resto de las variables), de acuerdo a la naturaleza de la variable. Para determinar la asociación entre las variables estudiadas, se utilizó test de Chi cuadrado o Test de Fisher, cuando la frecuencia encontrada en una o más categorías fue menor a 5. El nivel de significación para rechazo de la hipótesis nula fue de $p < 0,05$ en todos los casos. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20 para Windows.

RESULTADOS

1. Análisis descriptivo

1.1. Características socio-demográficas

Se presenta la información sociodemográfica de los encuestados en la tabla 1. En relación al sexo de las/os madres/padres o cuidadores de familia encuestados, la mayor proporción fueron mujeres, en su mayoría madres de las niñas, en una menor proporción fueron hombres, en general padres de las niñas.

Respecto a la ocupación de la población encuestada, la mayoría de las madres/padres y/o cuidadores, son hombres y mujeres que trabajan, o son ama de casa.

En cuanto al nivel educativo de la población encuestada, la mayor proporción indicó que poseen estudios secundarios, seguido de un considerable número que corresponde a padres con estudios primarios, un mínimo porcentaje a padres con estudios universitarios. De esta manera, según la categorización del nivel de instrucción utilizado en este trabajo, la proporción de población con nivel educativo alto (secundario completo o más) es de 40,6%; nivel medio (secundario incompleto) es de 28,6% y bajo (primario completo o menor) es de 30,8%.

Con relación al nivel socioeconómico del barrio de procedencia de los encuestados, la mayor proporción poseía nivel socioeconómico bajo, fundamentalmente, procedentes del barrio San Roque.

Tabla 1: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según características sociodemográficas. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sexo del encuestado	Hombre	10	3,2
	Mujer	305	96,8
	Total	315	100,0
Ocupación	Ama de casa	145	46,0
	Trabaja	150	47,6
	Estudia	4	1,3
	Desocupado	6	1,9
	Jubilado/pensionado	6	1,9
	Trabaja y estudia	3	1,0
	Trabaja y ama de casa	1	0,3
	Total	315	100,0
Nivel educativo	Primario incompleto	46	14,6
	Primario completo	51	16,2
	Secundario incompleto	90	28,6
	Secundario completo	82	26,0
	Terciario/universitario incompleto	29	9,2
	Terciario/universitario completo	17	5,4
	Total	315	100,0
Nivel socioeconómico del barrio	Bajo	149	47,3
	Medio	96	30,5
	Alto	70	22,2
	Total	315	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

1.2. Información sobre VPH, aceptabilidad de la vacuna contra VPH y cobertura de vacunación contra VPH

1.2.1. Información sobre VPH

En la tabla 2 se resumen las variables relacionadas con la información sobre VPH. Se puede apreciar que casi la mitad de las madres padres y/o cuidadores de familia afirman que no poseen información acerca del VPH.

Del total de la población que respondió que sí tenía información sobre el VPH, cuando se indagó qué era lo que sabían sobre esta enfermedad, en su mayoría respondieron de manera incorrecta (por ejemplo, indicaron que es “una enfermedad de la mujer”, “es una infección vaginal”) o bien, no respondieron. Solo un 13% refirió que el VPH es una enfermedad por transmisión sexual.

Respecto a la información sobre la forma de contagio del VPH, la mayoría de la población respondió correctamente, es decir indicó que era por contagio sexual. El resto respondió erróneamente, indicando que era hereditaria, o por besos o falta de aseo personal.

En cuanto a las manifestaciones del VPH, la mayor parte de la población encuestada no conoce las manifestaciones del VPH.

Entre quienes indicaron que tenían información sobre cómo se manifiesta el VPH, cuando se indagó sobre cuáles eran las manifestaciones que conocían, casi dos tercios de la población no respondió, un 17,7% indicaron manifestaciones erróneas (por ejemplo “ardor”, “irritación”, “dolor”, “fiebre”) y una menor proporción menciona correctamente que la persona que presenta la enfermedad no tiene síntomas, y/o puede tener verrugas.

En relación a la información sobre formas de prevención, la mayor parte de madres, padres y/o cuidadores que participaron en la investigación están de acuerdo que la mejor manera de prevenir la infección por el VPH es a través del uso del preservativo, así como por medio del control ginecológico y de la administración de la vacuna para inmunizar contra este virus. Un mínimo porcentaje de ellos consideran que una manera de prevenir esta infección es por medio de la abstinencia y utilización de pastillas.

Respecto a la información sobre el riesgo del VPH en la población analizada, se observa que la mayor proporción indicaron que conocen el riesgo que se posee si una persona padece de VPH.

Tabla 2: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según variables relacionadas con el nivel de información sobre VPH. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Información sobre VPH	Si	168	53,3
	No	147	46,7
	Total	315	100,0
Que información tiene sobre VPH	No saben/no responden	147	47,0
	Enfermedad de transmisión sexual	41	13,0
	Responden incorrectamente	127	40,0
	Total	315	100,0
Conoce forma de contagio	Responde correctamente	229	72,2
	Responde incorrectamente	86	27,8
	Total	315	100,0
Conoce manifestaciones de VPH	Si	91	28,9
	No	224	71,1
	Total	315	100,0
Cómo se manifiesta	Asintomático, con verrugas	29	9,3
	Responden incorrectamente	56	17,7
	No responden	230	73,0
	Total	315	100,0
Información sobre formas de prevención VPH	Si	244	77,5
	No	71	22,5
	Total	315	100,0
Uso de preservativo	Si	195	61,9
	No	120	38,1
	Total	315	100,0
Información sobre formas de prevención VPH	Si	11	3,5
	No	304	96,5
	Total	315	100
Abstinencia sexual	Si	12	3,8
	No	303	96,2
	Total	315	100
Pastillas anticonceptivas	Si	100	31,7
	No	215	68,3
	Total	315	100
Información sobre formas de prevención VPH	Si	100	31,7
	No	215	68,3
	Total	315	100
Control ginecológico	Si	199	63,2
	No	116	36,8
	Total	315	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

Si bien las madres, padres y/o cuidadores que responden que conocen cual es riesgo de tener HPV no todas respondieron de manera correcta, por ejemplo refieren que el riesgo es aborto, esterilidad, cáncer de vulva, cáncer de ovario, caída de pelo, entre otros; o bien no respondieron (Figura 1).

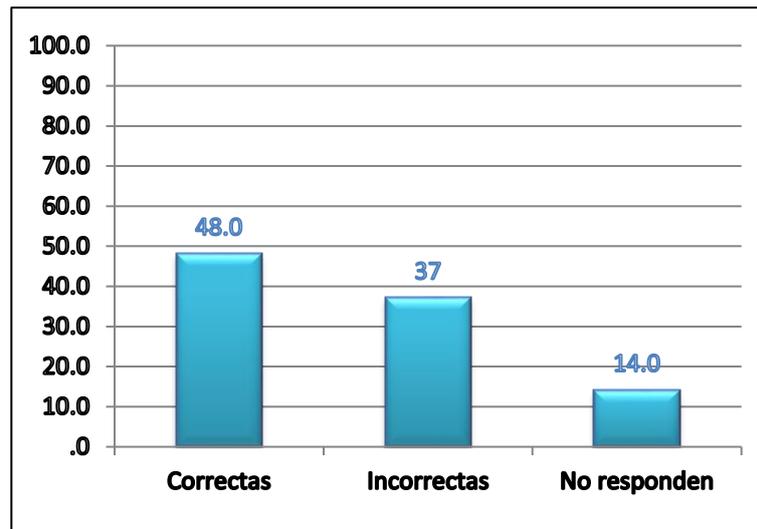


Figura 1: Distribución de los encuestados que indicaron que conocían el riesgo del VPH (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según categoría de respuesta (correcta, incorrecta, no respondieron). Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=199).

Respecto a las fuentes de donde obtuvieron información sobre VPH, se puede apreciar en la figura 2, que la principal fuente de información sobre el VPH es a través de la difusión de la televisión, internet, y profesionales de la salud y otros (entre los cuales indicaron principalmente algunas instituciones como la escuela, hospital, dispensario)

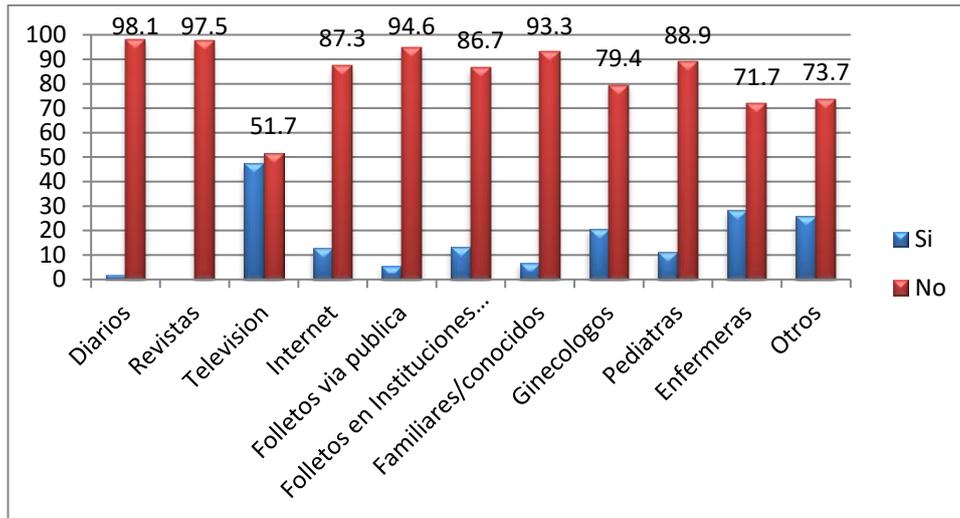


Figura 2: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según fuente de información sobre VPH. Barrio Residencial San Roque y alrededores, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

1.2.2. Conocimiento, aceptabilidad y cobertura de vacuna VPH.

En la tabla 3 se puede apreciar las variables relacionadas con el conocimiento, aceptabilidad y cobertura de la vacuna VPH. Respecto al conocimiento de la existencia de la Vacuna VPH, se puede observar en la tabla 3, que la mayor parte de los encuestados conocen acerca la existencia de la de esta vacuna en niñas de 11 años.

Cuando se indagó sobre para qué sirve la vacuna de VPH, casi la totalidad de la población indicó que la vacuna sirve para prevenir.

Respecto a la aceptación de la aplicación de la vacuna VPH, indica que casi la totalidad de la población aceptan que se les administre la vacuna a las niñas.

Con relación al conocimiento sobre la edad en que debe ser aplicada la vacuna VPH en las niñas, la mayoría de las madres, padres y/o cuidadores conoce la edad de aplicación de vacuna de VPH, informado por parte del dispensario, escuela y hospitales.

Respecto a la información sobre la cantidad de dosis de la vacuna VPH que deben ser aplicadas, en su mayoría la población encuestada refiere correctamente que a las niñas les corresponden dos o tres dosis, según la edad de las mismas. A las Niñas <de 14 años les corresponde dos dosis (0- luego a los 6 meses), mientras que las niñas >14 deben poseer tres dosis, (0, a los dos meses, y a los 6 meses de la primer dosis), de acuerdo a los cambios en el esquema de vacunación.

Se observa que el 88% de los padres, madres y/o cuidadores de las niñas a su cargo nacidas entre 2000 y 2005, indicaron que las mismas estaban vacunadas de VHP.

El 73% de la población encuestada, según la información que consta en el carnet de vacunación de su hija o niña a su cuidado, presenta esquema completo de acuerdo a la edad (Figura 3).

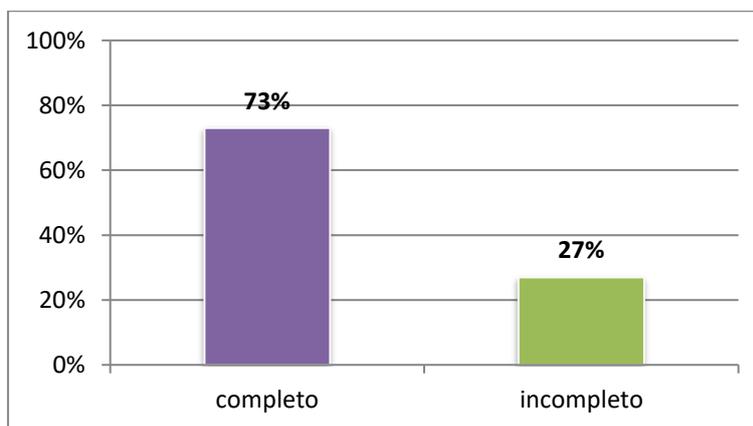


Figura 3: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según se observa calendario de vacunación contra VPH completo o incompleto. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

2. Análisis bivariado

2.2. Relación Nivel de Información identificado sobre VPH y las características socio demográfico y educacional de las madres y/o cuidadores

2.2.1. Nivel de Educación

Se observó una relación significativa entre el conocimiento de VPH y el nivel de instrucción, es decir que un cuidador con un nivel de instrucción alto, tiene mayor probabilidad de conocer sobre el VPH, que uno con nivel de instrucción inferior ($p < 0,001$ categoría de referencia “alto”; figura 4).

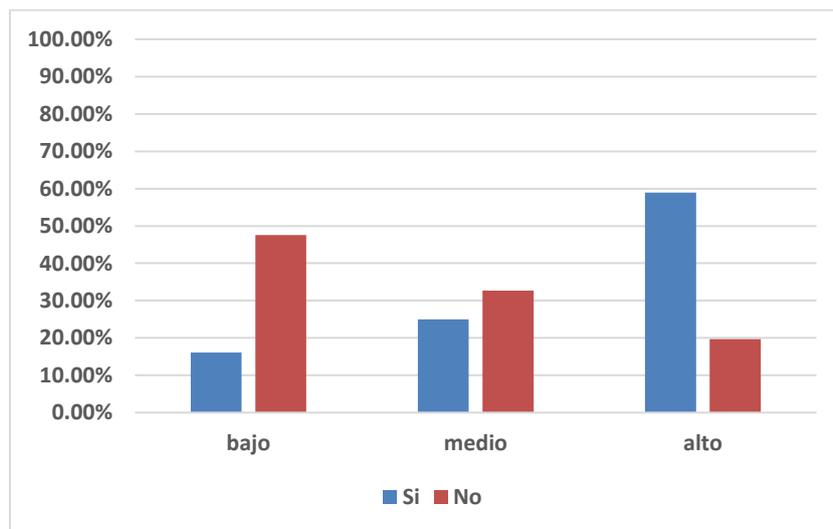


Figura 4: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según información de VPH y nivel educativo. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Respecto a la forma de contagio, se observaron diferencias significativas entre el nivel educativo de la población estudiada y el conocimiento acerca de la forma de contagio de VPH, existiendo una mayor proporción de población de nivel educativo alto que refirió que la forma de contagio es a través de relaciones sexuales ($p < 0,001$ categoría de referencia “alto”; figura 5).

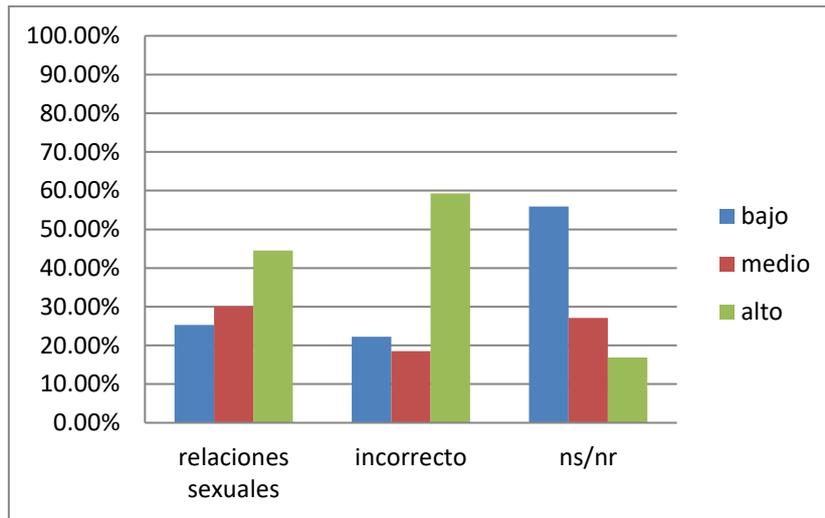


Figura 5: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según información de forma de contagio de VPH y nivel educativo. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Asimismo, se identificó asociación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción y manifestar tener conocimientos sobre las manifestaciones del VPH ($p < 0,001$ categoría de referencia “alto”, figura 6)

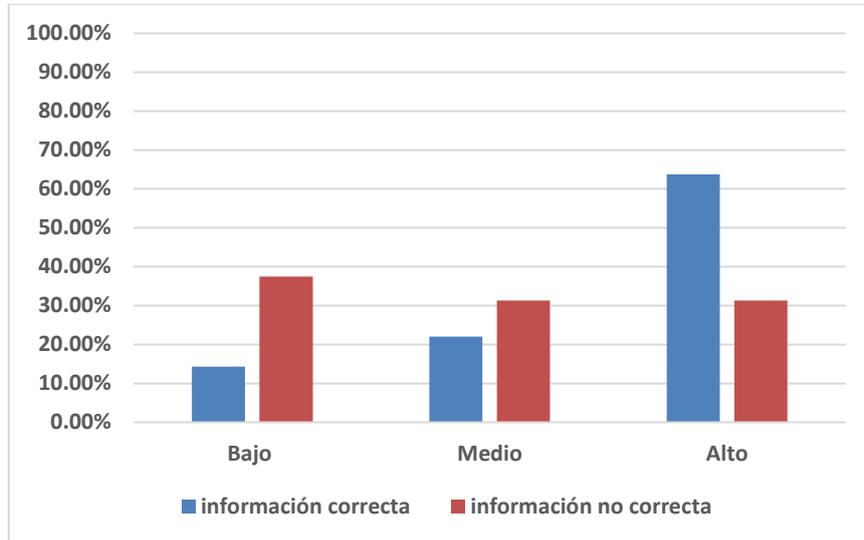


Figura 6: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según información de forma de manifestación de VPH y nivel educativo. Barrio Residencial San Roque y alrededores, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Se observaron diferencias entre el nivel de educación y el conocimiento del uso del preservativo como método de prevención del VPH, destacando que los encuestados de alto nivel de educación le dan importancia como fuente de prevención a la utilización de preservativo para la prevención del contagio del VPH ($p < 0,01$ categoría de referencia “alto”, figura 7).

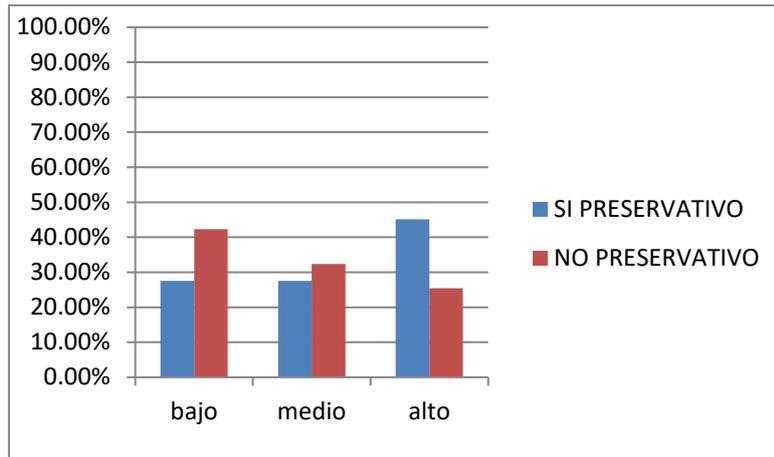


Figura 7: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según información de prevención de VPH a través de preservativo y nivel educativo. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Se identificó relación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el conocimiento de la vacuna de VPH como método de prevención del VPH ($p < 0,01$ categoría de referencia “alto”, figura 8).

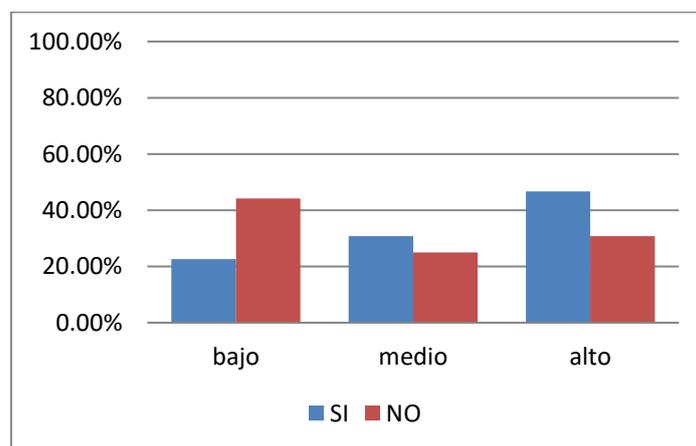


Figura 8: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según conocimiento de la vacuna como método de prevención de VPH y nivel

educativo. Barrio Residencial San Roque y alrededores, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Respecto a la información sobre el riesgo, existieron diferencias significativas en relación con el nivel educativo, existiendo una mayor proporción de información en el nivel educativo alto y medio, con respecto al bajo ($p < 0,01$ categoría de referencia “alto”, figura 9).

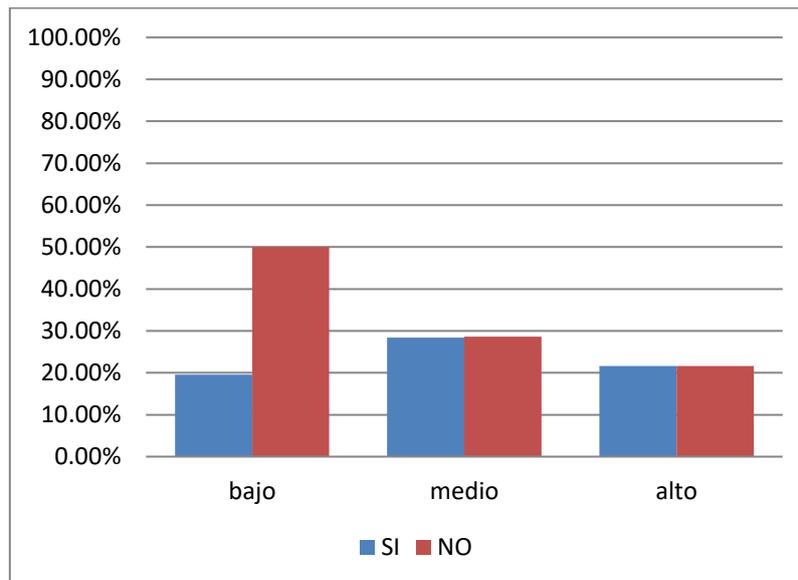


Figura 9: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según información sobre riesgo de VPH y nivel educativo. Barrio Residencial San Roque y alrededores, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Respecto a las fuentes de información sobre VPH, se observaron diferencias significativas entre el nivel educativo y haber obtenido la información de diarios ($p = 0,01$, categoría de referencia “alto” figura 10).

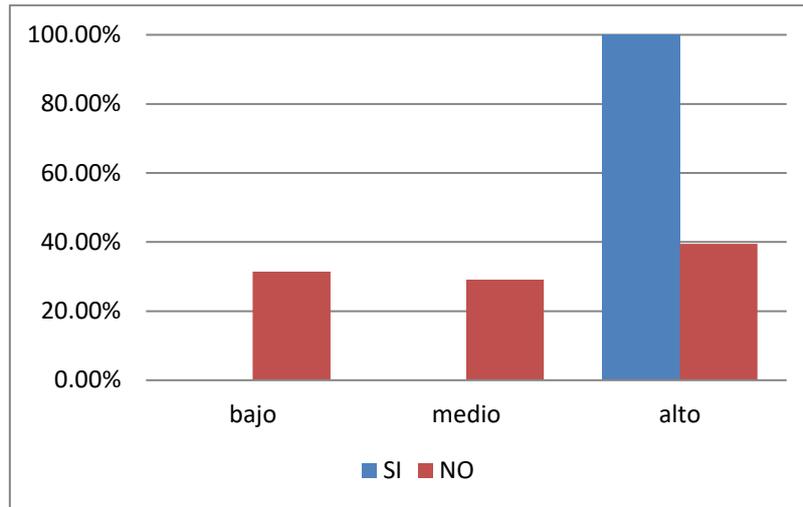


Figura 10: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según fuente de información sobre riesgo de VPH (diario) y nivel educativo. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Por otra parte, se observó relación entre el nivel educativo y el haber obtenido información sobre VPH a través de la televisión, existiendo una mayor proporción de población con nivel educativo medio que obtiene información desde este medio de difusión ($p < 0,01$, categoría de referencia “medio” figura 11).

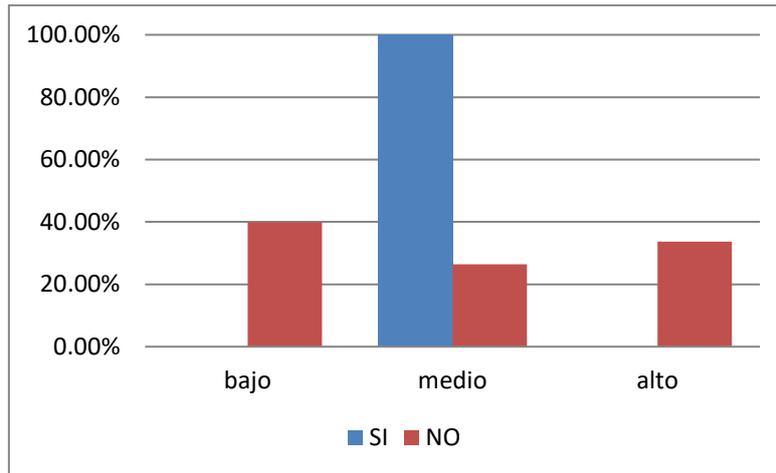


Figura 11: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según fuente de información sobre riesgo de VPH (televisión) y nivel educativo. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Por su parte, existió un mayor proporción de población del nivel educativo alto que refirieron haber obtenido información sobre VPH de internet ($p < 0,01$, categoría de referencia “alto”, figura 12).

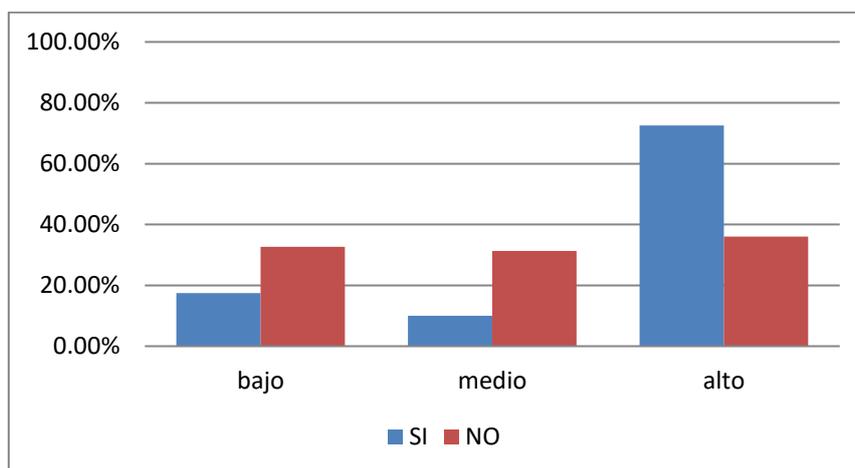


Figura 12: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según fuente de información sobre riesgo de VPH (internet) y nivel educativo. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

En la figura 13 se observa que existió una mayor proporción de población de nivel educativo alto que obtuvo información sobre el VPH a través de la consulta con ginecológica ($p=0,01$, categoría de referencia “alto”, figura 13).

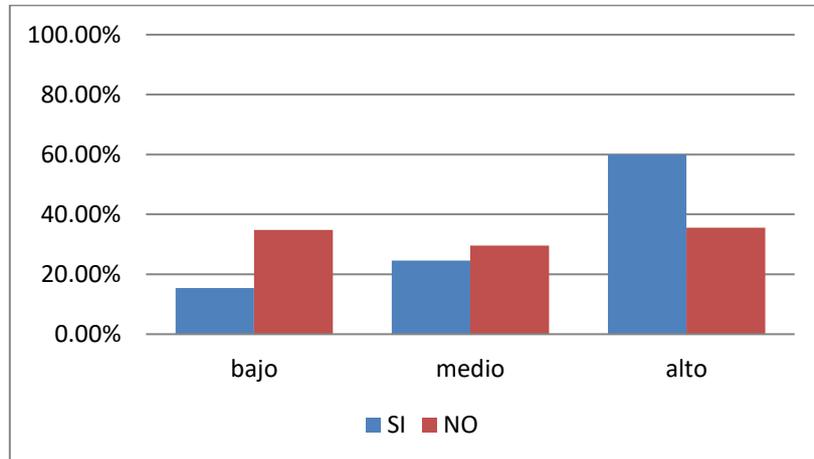


Figura 13: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según fuente de información sobre riesgo de VPH (ginecólogo/a) y nivel educativo. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

En contraste, existió una mayor proporción de población de nivel educativo bajo y medio que manifestó haber obtenido información sobre VPH del personal de enfermería, con comparación con la población de nivel educativo alto ($p=0,01$, categoría de referencia “alto”, figura 14).

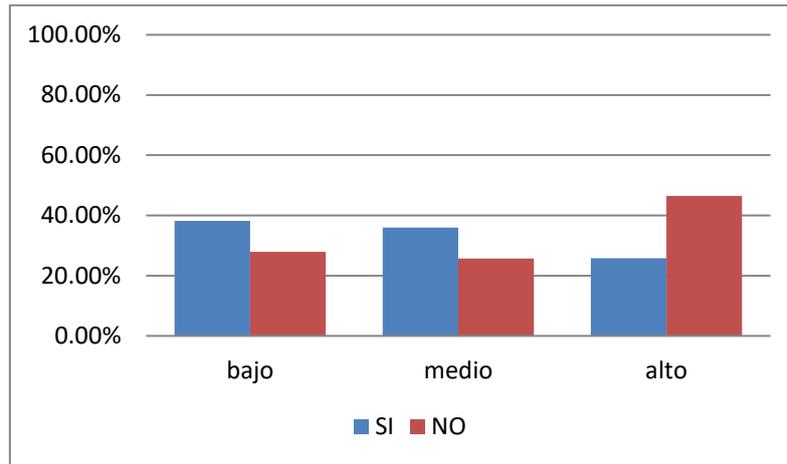


Figura 14: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según fuente de información sobre riesgo de VPH (enfermero/a) y nivel educativo. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

En relación al conocimiento de la existencia de una vacuna se observó que existe una mayor proporción de población de bajo y medio nivel de educación que no conocen sobre la misma, con respecto a la población de nivel educativo alto ($p=0,01$, categoría de referencia “alto, figura 15).

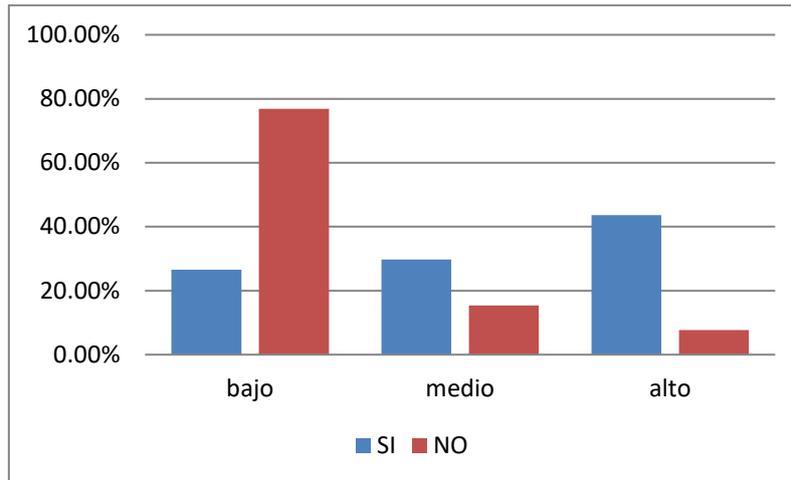


Figura 15: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según conocimiento de vacuna contra VPH y nivel educativo. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

2.2.2. Nivel Socioeconómico

Se observaron diferencias significativas entre el nivel socioeconómico del barrio de procedencia de los encuestados y la información sobre VPH; existiendo un mayor conocimiento sobre el VPH en el nivel educativo alto, con respecto al medio y bajo ($p < 0,01$, categoría de referencia “alto, figura 16).

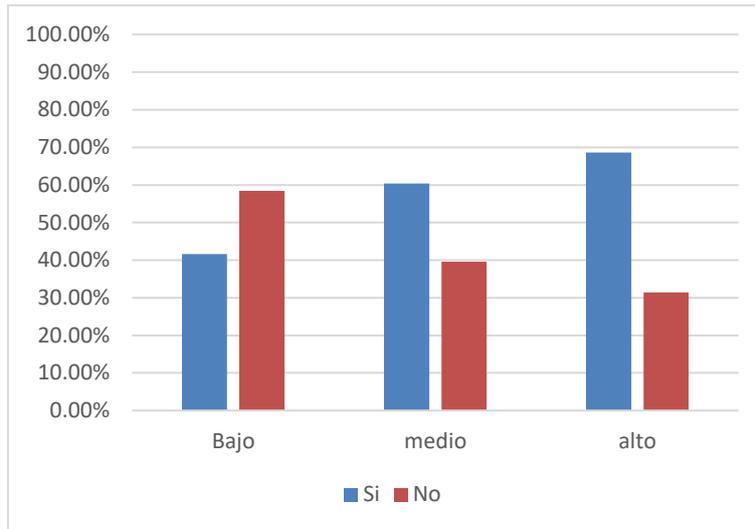


Figura 16: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según información sobre VPH y nivel socioeconómico. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Respecto al conocimiento sobre la forma de contagio de VPH y el nivel socioeconómico, se observaron diferencias significativas entre el nivel socioeconómico y el estar informado que el VPH se transmite por relaciones sexuales, existiendo mayor proporción de este conocimiento en las personas de nivel socioeconómico medio ($p < 0,01$, categoría de referencia “medio”, figura 17).

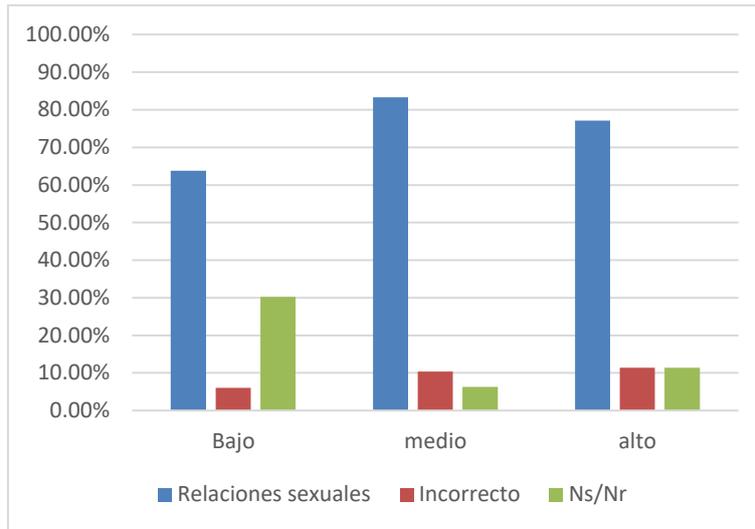


Figura 17: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según conocimiento de forma de transmisión de VPH y nivel socioeconómico. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Se observaron diferencias significativas entre el nivel socioeconómico y el conocimiento del preservativo como método de prevención del VPH, existiendo una mayor proporción de población que refiere indicar el preservativo como método de profilaxis del VPH a medida que aumenta el nivel educativo ($p < 0,01$, categoría de referencia “alto”, figura 18).

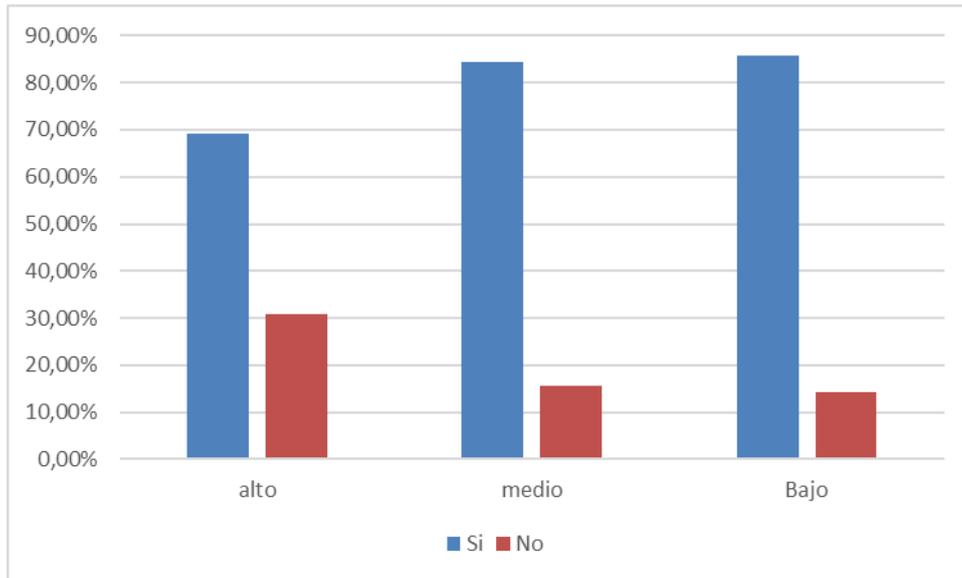


Figura 18: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según información del uso de preservativo como método de prevención de VPH y nivel socioeconómico. Barrio Residencial San Roque y alrededores, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Se observaron diferencias significativas entre el nivel socioeconómico de la población estudiada y la información sobre el riesgo de VPH, existiendo mayor información a mayor nivel socioeconómico ($p < 0,01$, categoría de referencia “alto”, figura 19).

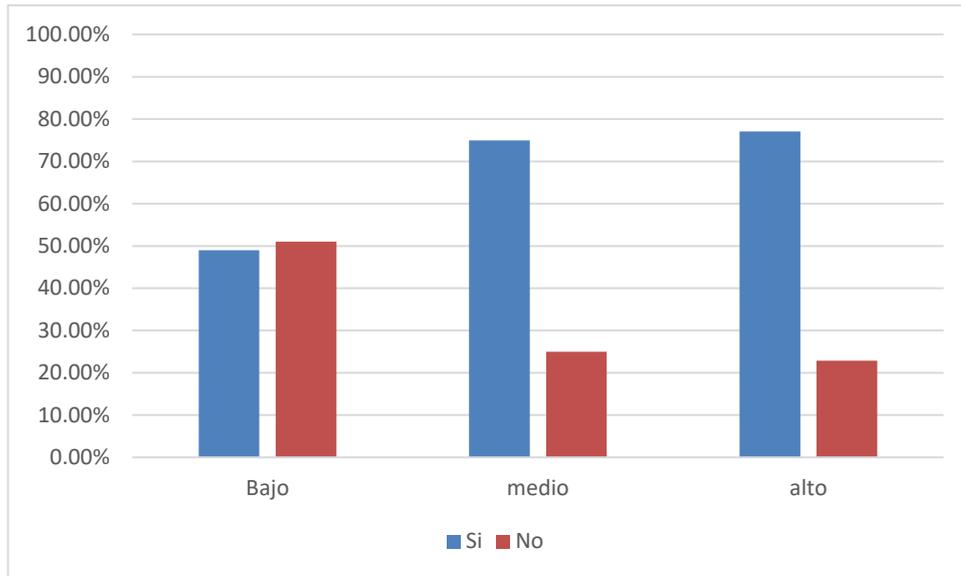


Figura 19: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según información sobre riesgo de VPH y nivel socioeconómico. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Respecto a los medios de información sobre VPH y nivel socioeconómico, sólo se observó diferencias significativas entre el haber obtenido información sobre VPH de internet y el nivel socioeconómico, existiendo una mayor proporción de población de nivel socioeconómico alto que obtuvo información de internet, respecto a la de nivel bajo y medio ($p < 0,01$, categoría de referencia “alto”, figura 20).

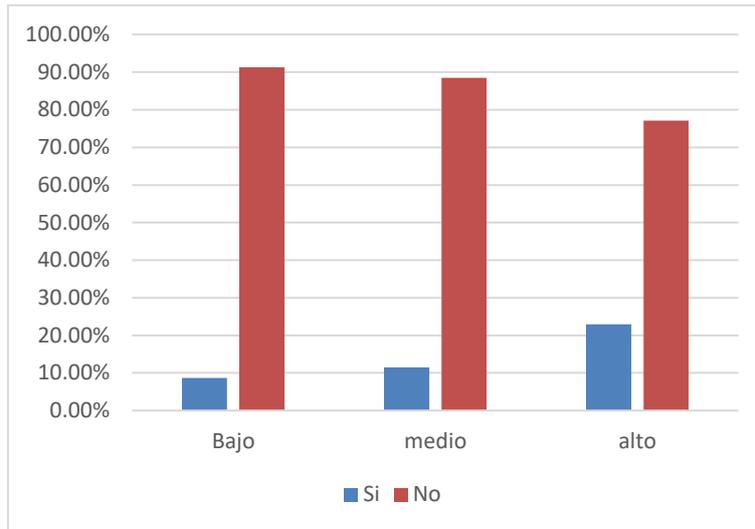


Figura 20: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según fuente de información sobre VPH (internet) y nivel socioeconómico. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

2.2. Relación Nivel de Información identificado sobre VPH y la cobertura de vacunación por VPH en las niñas que nacieron entre 2000 y 2005.

Se observaron diferencias significativas entre el conocimiento del riesgo de VPH y el hecho que las niñas bajo cuidado de la población encuestada estén vacunadas ($p < 0,01$ figura 21)

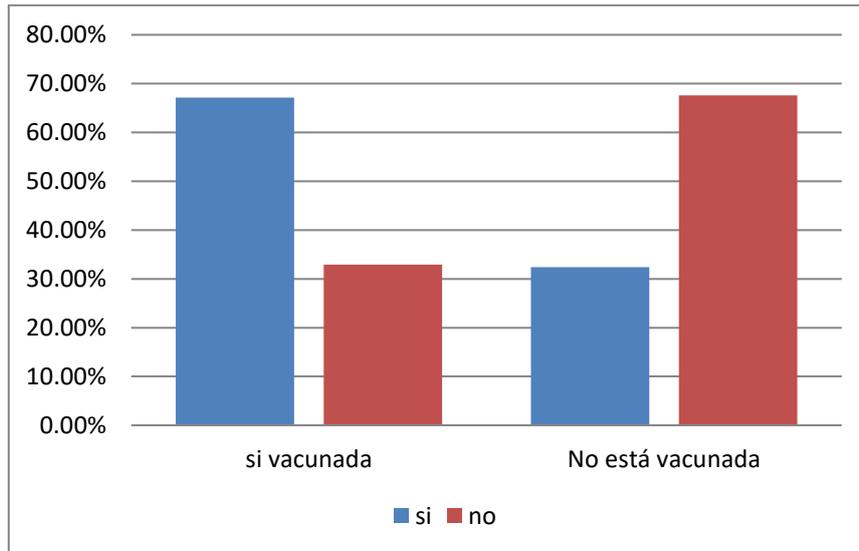


Figura 21: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según fuente de información sobre riesgo VPH (si/no) y vacunación de la niña. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

Se observaron diferencias significativas entre el conocimiento del riesgo de presentar VPH y el esquema de vacunación completo a la fecha (figura 22, $p < 0,01$).

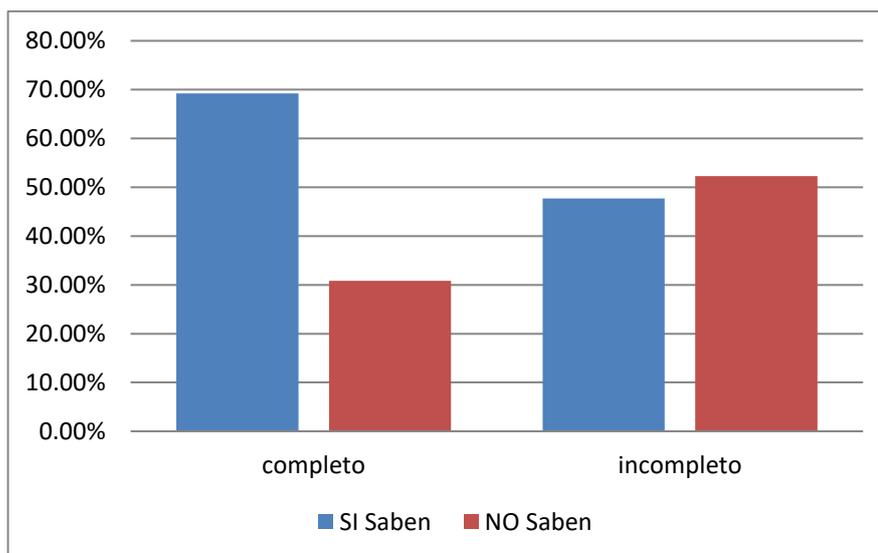


Figura 22: Distribución de los encuestados (padres, madres y/o cuidadores de niñas nacidas entre los años 2000 y 2005), según fuente de información sobre riesgo VPH (si/no) y esquema de vacunación completo a la fecha. Barrio Residencial San Roque y aledaños, Ciudad de Córdoba, 2017. (n=315).

DISCUSION

En el presente trabajo se realizó un estudio de tipo descriptivo, de asociación y transversal, sobre la información de VPH en padres y/o cuidadores de niñas nacidas en el año 2000-2005.

En relación a las características de la población bajo estudio tuvo un predominio de la población femenina en comparación al masculino, lo cual podría señalarnos que los hombres tienen menor participación del cuidado de la salud de la familia y tiene menos contacto con instituciones de salud. Al respecto, existen numerosos trabajos que indican que las mujeres tienen un mayor contacto con los servicios de salud⁴⁴⁻⁴⁸.

Respecto a las características de la población, se observó que la mayor proporción de la población tuvo secundario completo o más; existió un mayor porcentaje con nivel socioeconómico bajo, y la mayor proporción de la población se encontraba ocupada o era ama de casa. Estas características son similares a un estudio realizado por Wiesner en Colombia²⁰.

Se destaca de importancia el bajo nivel de información detectado en la población estudiada tanto sobre el VPH, cómo se manifiesta y el riesgo que posee; así como la información errónea sobre estos aspectos.

La deficiencia en el nivel de información fue expuesta de la misma manera en el estudio realizado por Hernández, en el que un 57,1 %, de mujeres mostró un nivel de conocimientos medio, un 23,2 %, bajo y tan solo el 19,7%, calificó como alto⁴⁹. De igual manera, la investigación realizada en el Estado de Querétaro por Guerrero y Ramírez indicó que el 64.6% de las mujeres presentó deficiencias y solo el 2% contó con un buen nivel de conocimientos⁵⁰.

Con respecto si sabe cómo se manifiesta la enfermedad, los resultados de este estudio son menores a los observados en el trabajo de Vaccaro, el cual observó que un 21,5% del 79% que indicaron que saben las manifestaciones del VPH, saben fehacientemente sus manifestaciones²¹.

La información que el VPH es un factor de riesgo de desarrollar CCU, es menor que la observada en el estudio realizado por Barreno, en el cual un 66% de la población estudiada conoció la relación del VPH con el desarrollo de CCU¹³. En esta investigación un 63,2% indicó que sabía cuál era el riesgo, pero de ese porcentaje sólo un 48 % respondió correctamente que el riesgo era tener CCU.

En cuanto a la forma de transmisión, el 72,7% reconoció la vía sexual como forma de contagio, ligeramente superior a los resultados en el estudio de Sopracordevoleet al, donde un 70% reconocieron la vía sexual como la forma de transmisión⁵¹.

Respecto a los medios de difusión de los cuales obtuvieron información los encuestados, la televisión, internet, y profesionales de la salud y otros (entre los cuales indicaron principalmente algunas instituciones como la escuela, hospital, dispensario). Estos resultados son importantes a la hora de establecer estrategias de difusión/prevenición, tanto por VPH como para otras medidas de salud pública.

La aceptabilidad respecto a la vacuna de VPH encontrada en nuestro estudio es alta, semejante a los resultados de la investigación de Vaccaro, quien observó un nivel de aceptación del 98,5%²¹. El hecho que la aceptabilidad sea alta es un aspecto positivo observado en este estudio, ya que esto es un factor que facilitará la prevención del CCU a través de la vacuna y eventualmente disminuir la morbilidad y mortalidad por CCU en nuestro país.

A pesar que la aceptabilidad observada es alta, la cobertura de VPH es baja (73%). Lo mismo se observó en los estudios de Vaccaro (cobertura 50%)²² y de Barreno (cobertura 51,6%)¹³.

En Argentina y en la provincia de Córdoba, según datos del periodo 2011-2015 la cobertura no superó el 50%¹¹. Por esta razón, se implementa las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud desde enero del año 2016: incluir a varones a las estrategias de vacunación contra VPH

cuando las coberturas en mujeres son menores al 50% para alcanzar el objetivo de disminuir el cáncer cervical; y otorgar además, un beneficio directo al disminuir la incidencia y mortalidad por enfermedades asociadas al VPH en varones⁵³

En este trabajo se corrobora la hipótesis de que la mayor información está relacionada con el nivel educativo y socioeconómico, semejante a un estudio cualitativo en Colombia mostró que las familias de nivel educativo y económico más alto, representadas por padres de niños y niñas que asistían a colegios privados, fueron las que habían mostrado mayor capacidad crítica frente a la información científica recibida, lo que se tradujo en una actitud claramente dubitativa frente a la administración de la vacuna².

A si también los conocimientos sobre VPH y sobre vacuna se relacionan al nivel de instrucción, como se demostró en un estudio realizado por Aguilar et al, en el Estado de Morelos, México, donde las madres de estudiantes de un colegio privado tenían un conocimiento del Virus de Papiloma Humano de un 90,3%, con un nivel de instrucción en su mayoría con secundario y terciario completo¹⁹.

Por otro lado se observa que el conocimiento acerca del VPH ha sido históricamente bajo, independientemente del país y de las condiciones socioeconómicas de la población estudiada como lo informó el estudio de Nohret al⁵⁴, realizado en cuatro países del norte de Europa y encontró que solo el 32,6% de la población tenía conocimiento relacionado con el VPH. En otro estudio realizado por Tiro et al⁵⁵ en Estados Unidos la conciencia sobre el VPH fue del 40%. En un reciente estudio realizado por Sopracordevoleet al⁵² en Italia con una población en edades similares a las evaluadas en el presente estudio y publicado en 2012, el porcentaje de estudiantes que previamente habían escuchado sobre el VPH fue de un 75%.

Por otra parte, no se corrobora la hipótesis planteada en relación a que la cobertura de vacunación por VPH en niñas de 11 a 16 años del barrio San Roque y aledaños, está relacionada con la aceptabilidad de la misma, debido

a que prácticamente la totalidad de la población está de acuerdo con la aplicación de la vacuna.

Los hallazgos de este estudio revelan que la mayoría conoce aspectos relativos de la infección por VPH pero a la vez no es influyente con la aceptación de la vacunación contra VPH. Este resultado es similar con el estudio de Aguilar en México¹⁸ quien estudio en madres y hallo que la aceptabilidad de la vacuna no se relaciona con el conocimiento. De igual forma Dempsey⁵⁵ donde comparó dos grupos de participantes el cual uno recibió información sobre la infección por VPH y el otro no, se encontró que el conocimiento difería pero la aceptación no fue significativamente diferente. Chaparro⁵⁶ tampoco halló que el conocimiento fue predictor de la intención de vacunación contra VPH en contraste Morales⁵⁷ quien encontró que las mujeres canadienses tenían un nivel de conocimiento regular de VPH. Dicha investigación también ha sido llevado a cabo para examinar la influencia que el conocimiento del VPH tiene sobre las intenciones de vacunación se ha encontrado que los niveles más altos de conocimiento están asociados con la intención de vacunación. Es posible que la aceptabilidad se relacione más bien con la aceptabilidad de las vacunas en general.

Por otra parte, se corroboró la hipótesis que la información sobre VPH, influye en la cobertura de vacunación de las niñas. Además se observó que existe relación entre el nivel de información sobre el VPH y la cobertura de vacunación en niñas de 11 a 16 años de barrio San Roque y aledaños y a su vez, el nivel de información sobre VPH está asociado a las características socioeconómicas y educativas del padre/madre y/o cuidador de las niñas. Estos resultados nos indican que es de suma importancia difundir información para incrementar la cobertura.

Además del nivel educativo y socioeconómico, se destaca en esta investigación, la importancia de las instituciones (escuela, centro de salud) en la difusión de información sobre VPH. Por otra parte, se observó un acceso diferenciado a los medios de comunicación según el nivel de

Nivel de información sobre VPH y su influencia en la cobertura

instrucción lo cual es de interés al momento de planificar la difusión de información sobre la prevención del contagio del VPH.

CONCLUSIONES

En relación con los objetivos propuestos por la investigación, los resultados de este trabajo permiten extraer las siguientes conclusiones:

- De acuerdo a las características sociodemográficas, un alto porcentaje de la población estudiada fue del sexo femenino, la mayor proporción de la población tuvo secundario completo o más; existió un mayor porcentaje con nivel socioeconómico bajo, y la mayor proporción de la población se encontraba ocupada o era ama de casa.
- El nivel de información sobre VPH fue bajo, en comparación con otros estudios. La aceptabilidad fue cercana al 100%. La cobertura fue baja (inferior al 95%), pero superior a la observada a nivel nacional y provincial.
- El nivel de información referido sobre VPH se relaciona con las características sociodemográficas y educacionales de las madres, padres y/o cuidadores, en el Barrio San Roque de la ciudad de Córdoba y alrededores, en el año 2017.
- La información no se relaciona con la aceptabilidad de la vacuna.
- La información sobre el riesgo de VPH de las madres, padres y/o cuidadores influye en la cobertura de vacunación de VPH .

RECOMENDACIONES

El CCU es en gran parte prevenible y tratable. Se recomienda implementar acciones que sostengan programas de educación pública y de sensibilización a efectos preventivos.

Los resultados de este trabajo indican que la difusión de información de la enfermedad de VPH constituye un elemento para incrementar la cobertura de vacunación contra VPH. Por ello se recomienda realizar campañas de prevención de una manera periódica, mediante anuncios preventivos donde se incluya artículos, reportajes, entrevistas, gráficos y más, con la ayuda de las entidades encargadas para la difusión de información sobre este tipo de enfermedades. Es necesario un cambio de dirección basado en el desarrollo de campañas educativas, que sirvan para poder obrar con responsabilidad y al mismo tiempo tomar decisiones adecuadas en el cuidado de la salud de la población, evitando la Mortalidad de CCU.

Este estudio además destaca la importancia de las instituciones (salud, escuela) en la difusión de información sobre VPH. Por lo tanto, se recomienda un abordaje intersectorial donde se vea la participación de los medios de comunicación, el equipo de salud y sobre todo de la comunidad con el fin de incrementar la información sobre la enfermedad VPH y a su vez la cobertura de la vacuna VPH.

Por otra parte, futuras investigaciones deberían continuar explorando en profundidad la relación entre el nivel de información y la cobertura de vacunación VPH, partiendo desde las necesidades de las niñas a las que se les va a administrar la vacuna, como así también integrando a la familia y/o cuidador en la información que se brinde.

BIBLIOGRAFÍA

1-Arrossi, S. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina: Informe Final: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. 1a ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud (OPS);2008.

2-Lence Anta JJ, Fernández Garrote LM. Tendencia de la incidencia de cáncer de laringe en Cuba, 1988-2003. Rev. Cubana Salud Pública [Internet] 2008. [citado 10 agos 2016] 34(3).

Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300003&lng=es&nrm=iso

3-Becker RA. Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad. Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias (HST) Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) Pub. No. PNSP/92-15. Washington, D.C.: OPS; 1992.

4-Ministerio de Salud de la Nación. Mortalidad por cáncer en Argentina [Internet]. Buenos Aires: MSN, 2017. [citado 10 agos 2016] Disponible en:<http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/mortalidad/>

5- Malbrán C. Situación del cáncer de cuello de útero. República Argentina: Mortalidad 1980-1999. Informe Oficial del Ministerio de Salud de la Nación: PRO.CA.76/200. Buenos Aires: MSN; 2005

6- Somogyi L, Malpica CC, Carrillo D, Rodríguez E. Vacunación VPH: Propuesta bioética y consentimiento informado. RevObstetGinecolVenez [Internet]. 2009 [citado 2018 Mar 05] ; 69(1): 48-55. Disponible en:http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000100008&lng=es.

7- Ministerio de Salud de la Nación. Lineamientos Técnicos y manuales del vacunador. Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. Buenos Aires: MSN; 2011.

8- Sistemas de Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Serie 1; n° 13. Buenos Aires:MSN; 2014.

9- Mc Creadie M, Rice RE. Tendencias en el análisis del acceso a la información. Parte I: conceptualizaciones interdisciplinarias de acceso. *Procesamiento y Gestión de la Información*. 1999; 35: 45-76.

10- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Área de Epidemiología. Cobertura de Vacuna VPH en la Ciudad de Córdoba. Informe 2011-2015. Córdoba: MSP; 2016.

11-Barreno López, J. Cobertura alcanzada con la vacuna del papiloma humano en relación con el grado de aceptabilidad por parte de los padres de familia de tres instituciones educativas vinculadas al centro de salud n° 1 de la ciudad de Ambato, periodo septiembre 2013 a julio 2014. [Tesis de Licenciatura]Abato: Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera de Enfermería; 2015.

12-Leoz Abaurrea, I. Cobertura de la vacuna del virus del papiloma humano en la zona básica de Barañáin. [Tesis de Licenciatura]Navarra: Universidad Pública de Navarra; 2014.

13-Camaño-Puig, R; Sanchis-Martínez, M. M. Vacuna contra el virus del papiloma humano en adolescentes: Análisis mediante grupos focales. *Revista de Salud Pública*, 2014;16(5): 647-659.

14-Portero-Alonso, A., Alguacil-Ramos, A. M.; Martín-Ivorra, R., Pastor-Villalba, E., Lluch-Rodrigo, J. A. Conocimientos, creencias y actitudes de

los adolescentes sobre la vacuna del virus del papiloma humano en la Comunidad Valenciana. *Vacunas*, 2012; 13(1): 7-14.

15-Navarro-Illana, P., Caballero, P., Tuells, J., Puig-Barberá, J., Díez-Domingo, J. Aceptabilidad de la vacuna contra el virus del papiloma humano en madres de la provincia de Valencia (España). *Anales de Pediatría*, 2015; 83 (5): 318-327.

16-González Pascual, J. G., Reguilón Aguado, D. R. Factores que influyen en que no se complete la pauta de vacunación contra el virus del papiloma humano en adolescentes de Madrid. *Vacunas*, 2010; 11(4): 135-139.

17-Castellsagué, X., San Martín, M., Cortés, J., González, A., & Remy, V. Impacto de la vacuna tetravalente frente al virus del papiloma humano (VPH) tipos 6, 11, 16 y 18 en las enfermedades asociadas al VPH en España. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 2008; 51(9): 520-530.

18- Aguilar, G., Bahena, L., Cruz, I., Flores, J., Villadózola, V. Nivel de aceptabilidad de la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) en madres e hijas de un colegio privado del Estado de Morelos (México). [Monografía en Internet] 2008 Cuernavaca: Colegio Marymoun; 2008 [3/05/2016] Disponible en:

http://acmor.org.mx/sites/default/files/Proyecto_VPH.pdf

19- Anguiano, L.F.S., Quiñones, A. M. L., Villeda, R. H. M., Bayona, E. F. L. Conocimiento y aceptación de la vacuna contra el virus del papiloma humano entre madres de estudiantes de la ciudad de Durango, México. *GinecolObstetMex*, 2013;81: 77-85.

20-Wiesner, C., Piñeros, M., Trujillo, L. M., Cortés, C., & Ardila, J. Aceptabilidad de la vacuna contra el Virus Papiloma Humano en padres de adolescentes, en Colombia. *Rev. Salud Pública*, 2010; 12(6): 961-973.

21- Vaccaro, L. P. Conocimientos de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano de los padres que vacunaron a sus hijas en el centro de salud N° 27 "Ramón Carrillo" de la ciudad de Rosario. [Tesis de Licenciatura]. Rosario: Universidad Abierta Iberoamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud; 2014.

22- Bosch, F. X., Lorincz, A., Muñoz, N., Meijer, C.J. L. M., Shah, K. V. La relación causal entre el virus del papiloma humano y el cáncer de cuello uterino. *J ClinPath*, 2002; 55 (4): 244-265.

23- Lizano-Soberón, M., Carrillo-García, A., Contreras-Paredes, A. Infección por virus del papiloma humano: epidemiología, historia natural y carcinogénesis. *Cancerología*, 2009; 4: 205-16.

24- Pichon-Riviere, A., Alcaraz, A., Caporale, J., Bardach, A., Rey-Ares, L., Klein, K., et al. Costo-efectividad de la vacuna tetravalente contra VPH en Argentina, a partir de un modelo dinámico de transmisión. *Salud Pública Méx* 2015; 57(6):504-513

25- Abriata M. Cáncer en Argentina 2001-2011. *Rev Argent Salud Pública* 2013;4(16):39-45.

26- Organización Panamericana de la Salud. Prevención de Cáncer de Cuello de Útero en América Latina y el Caribe. Washington:OPS; 2004.

27- Tambini G, Andrus JK, Fitzsimmons JW, Rosas Periago M. Los programas regionales de inmunización como modelo para fortalecer la cooperación entre las naciones. *Panam J PublicHealth*, 2006; 20 (1): 54-9.

28- SanabriaNegrin, J. G. Virus del Papiloma humano / Human Papilloma virus (HPV). *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, [Internet] 2012

[Acceso 04 mar 2017]; 13 (4) oct. 2012. Disponible en:
<<http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/562>>

29-Bernard HU, Burk RD, Chen Z, van Doorslaer K, zurHausen H, de Villiers EM. Classification of papillomaviruses (PVs) based on 189 PV types and proposal of taxonomic amendments. *Virology*. 2010;401(1):70-9.

30-Lupiani Castellanos MP y Fraga Hernández ME. Vacunas del Papiloma Humano: Se amplía el calendario vacunal. *CanarPed*. [Internet]2008[Acceso 04 mar 2017]; 32(1): Disponible en: http://www.comtf.es/pediatria/Bol_2008_1/Papiloma_Humano_vacuna_PLupiani.pdf

31- Gago, E.F. Ginecología en Atención Primaria. 1era ed. Buenos Aires: AscuneHnos; 2008.

32- Gori, J.R., Lorusso, A. Ginecología. 2da ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2003.

33-Organización Mundial de la Salud. Documento de Posición de la OMS. Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano.[Internet] 2009[Acceso 04 mar 2017]Disponible en:
http://screening.iarc.fr/doc./WHO_HER_HPВ_vaccine_position_paper_sp-2009.pdf

34-Palmieri, O.J.Enfermedades de Transmisión Sexual. 1era. Ed. Buenos Aires: Héctor A Macchi; 2005.

35- Hernández Torre, F. Tratamiento médico de la infección genital por el virus de Papiloma Humano (VPH). En: XVIII Congreso de la AEPCС, Granada, 2014.

36-Muñoz, M; Kjaer, S; Sigurdsson, K; Iversen, O; Hernandez-Avila, M; Wheeler, CM et al. Impact of Human Papillomavirus (HPV)-6/11/16/18 Vaccine on All HPV-Associated Genital Diseases in Young Women, JNCI. 2010; 102 (5): 325–339.

37-Joura EA, Leodolter S, Hernández-Ávila M, Wheeler CM, Pérez G, Koutsky LA, et al. Eficacia de un virus de papiloma humano tetravalente profiláctico (tipos 6, 11, 16 y 18) Vacuna de partículas similares a virus L1 contra lesiones vaginales y vaginales de alto grado: un análisis combinado de tres ensayos clínicos aleatorizados. Lancet 2007; 369 (9574): 1693-1702.

38- Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2013 [consultado el 1 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-yplanes/51-programa-nacional-de-control-de-enfermedadesinmunoprevenibles>.

39-World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. Weekly Epidemiological Record. Washington DC: WHO; 2014

40- José del Grosso. Mente y Conducta. ULA Merida, Venezuela: Consejo de Publicaciones. Estudios de Postgrado; 1993.

41- Lineamientos Técnicos y manuales del vacunador. Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Argentina; 2012.

42- Martínez, A. C. Pautas de crianza y desarrollo socio afectivo en la infancia. Diversitas, 2010; 6 (1): 111-121.

43- Municipalidad de la ciudad de Córdoba “Descripción del Barrio San Roque”

Disponible en: [http://nuestraciudad.info/portal/Barrio Residencial San Roque](http://nuestraciudad.info/portal/Barrio_Residencial_San_Roque)

44- Pirani Gaiosos V, Martins Mishima S, User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16 (4):617-625.

45- González L, Costa A, Timoneda C, Alfonso JL, Cortina P. Encuesta de satisfacción a los usuarios de los centros de salud. *GacSanit* 1993;35: 86-94.

46- García Boró S, Agra Varela Y, Martínez Marcos M, Marín García D, Siera García B, Díaz Olalla M. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los centros de atención primaria. *Medifam* 1993; 3: 138-144.

47- Ortolla P, Blanquer JJ, Rodríguez JJ, Rodrigo O, Villagrasa F, Climent JA. Satisfacción del usuario en atención primaria: Resultado de una encuesta a domicilio. *Aten Primaria* 1993; 9 (12): 24-35.

48- Acosta, L., Burrone, M. S., López de Neira, M. J., Lucchese, M., Cometto, C., Ciuffolini, B. & Fernández, A. R. (2011). Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. *Enfermería Global*, 10:(21).

49- Hernández, C., Salinas, A., Cruz, A., y Hernández, C. Conocimientos sobre virus del papiloma humano (VPH) y aceptación de auto-toma vaginal en mujeres mexicanas. *Rev. Salud Pública*. 2014; 16(5): 697– 708.

50- Guerrero, L., y Ramírez, M. Nivel de conocimientos de las mujeres de una comunidad rural sobre el VPH [Tesis Doctoral]. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2014

51-Sopra Cordevole F, Cigolot F, Gardonio V, Di Giuseppe, Boselli F, Ciavattini A. Teenagers' knowledge about HPV infection and HPV vaccination in the first year of the public vaccination programme. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2012; 31 (9): 2319-25.

52-Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Lineamientos Técnicos y manuales del vacunador. Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. Buenos Aires: MSN; 2017.

53-Nøhr B, Munk C, Tryggvadottir L, Sparén P, Tran TN, Nygård M, y col. Conciencia del virus del papiloma humano en una cohorte de casi 70,000 mujeres de cuatro países nórdicos. *Acta Obstétrica et gynecolog.* 2008; 87 (10): 1048 - 1054.

54- Tiro J, Meissner H, Kobrin S, Chollette V. ¿Qué saben las mujeres de EE. UU. Sobre el virus del papiloma humano y el cáncer de cuello uterino? *Biomarcadores del Epidemiol del Cáncer Anterior.* 2007; 16 (2) .288-294

55-Dempsey AF, Zimet GD, Davis RL, Koutsky L. Factores que están asociados con la aceptación parental de las vacunas del virus del papiloma humano: un estudio de intervención aleatorizado de información escrita sobre el VPH. *Pediatría.* 2006; 117 (5): 1486 - 1493.

56-Chaparro R, Vargas V., Zorzol, Genero S. y Cayre A. Aceptación de la vacuna contra el virus del papiloma humano y los factores asociados en la ciudad de Resistencia, Chaco. *Arch Arg Pediatr.* 2016; 114(1): 36-43.

57-Morales Malpartida, M. K. (2014). Factores psicosociales que influyen en la aceptación de la vacunación contra el virus papiloma humano en

padres de familia de escolares de la IE Héroes de San Juan, Lima-Perú,
[Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2013.

ANEXO I



PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Presentación del estudio y consentimiento informado del entrevistado/a

1. Información sobre el estudio para conocimiento del entrevistado/a

El objetivo de este estudio es analizar el nivel de información sobre VPH de madres, padres y o cuidadores de niñas que nacieron en el año 2000-2005, y su relación con la aceptabilidad y la cobertura de vacunación por VPH, en el Barrio San Roque de la ciudad de Córdoba y alrededores, en el año 2017.

Su participación en este estudio es voluntaria, por lo que no recibirá compensación económica ni beneficios personales de otro tipo; sin embargo, la información provista por el conjunto de personas participando en la encuesta servirá para evaluar y planificar mejoras en la elaboración de medidas preventivas en salud. Aunque haya aceptado participar, usted tiene el derecho de omitir algunas preguntas o dejar de responder en cualquier momento, pero es muy valioso que responda todas las preguntas eligiendo las opciones que mejor indiquen cuál es su caso.

Responder el cuestionario completamente le llevará unos 15 minutos. Los datos provistos por usted serán tratados de acuerdo con la legislación vigente, es decir, de manera confidencial y anónima, bajo normas de seguridad que no permitan asociarlos a su nombre ni otro dato personal que lo identifique. Los datos de identificación requeridos al final de la entrevista (teléfono de contacto y/o dirección), son sólo a los fines de contactarnos

nuevamente con usted en el futuro, en caso que se requiera profundizar algún aspecto de la entrevista y usted puede omitir esa información.

Si tiene alguna duda o inquietud puede comunicarse con la directora de la investigación, Dra. Laura D. Acosta, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET-UNC). Rondeau 467. TE: (0351)-4341124 CEL: (0351) 156883673

2. Formulario de Consentimiento Informado para la firma.

El/la investigador/a....., me ha informado sobre el objetivo de la entrevista. También me ha informado dicho/a profesional que los beneficios esperados están dirigidos hacia la comunidad donde pertenezco, y que puedo abandonar voluntariamente mi participación en este estudio en cualquier momento. Que mi identidad será confidencial y no se harán del conocimiento público.

Agrego que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido respondidas total y satisfactoriamente.

Firma del Entrevistado

Firma del Profesional

ANEXO II

ENCUESTA



PRESENTACION

La siguiente encuesta tiene por objeto recabar datos relacionados con los conocimientos que poseen los padres de las niñas vacunadas sobre el virus del Papiloma Humano (HPV) y sus medidas de prevención. Su participación es voluntaria y anónima. Muchas Gracias....

1- Procedencia:

2- Sexo: F M

3- Edad:

4- Ocupación:

- Trabaja
- Desocupado/a
- Estudia
- Ama de Casa
- Jubilado/a ó Pensionado/a

5- Nivel de Educación

Primario:

- Completo
- Incompleto

Secundario:

- Completo

Nivel de información sobre VPH y su influencia en la cobertura

Incompleto

Terciario:

- Completo
- Incompleto

Universitario:

- Completo
- Incompleto

6-Sabes que es el HPV?

SI NO

(Continuar la encuesta en caso que la respuesta anterior haya sido afirmativa)

Si es **SI** que es lo que sabe:

7-Conoce su forma de Contagio? SI/no

- Besos
- Elementos de aseo personal (toalla, papel higiénico, jabón)
- Relaciones sexuales.
- Hereditario.
- Otra: Cuál.....
- NS/NC

8- ¿Conoce como se manifiesta?

SI

9-¿Conoce al método de Prevención más efectivo para el contagio de HPV?

- Preservativos
- Pastillas Anticonceptivas.
- Abstinencia Sexual
- NS/NC
- Vacuna
- Control Ginecológico
- Otra: Cuál?.....

10-¿Sabes qué riesgo tiene el VPH?

SI

Si es así, ¿cuál es el?

11- ¿De qué medio de Difusión proviene la información que Ud. posee sobre el HPV?

- Diarios
- Revistas
- Televisión
- Internet
- Folletos entregados en vía pública
- Folletos entregados en centro de salud, hospitales o sanatorios.
- Familiares, amigos o conocidos
- Ginecólogos
- Pediatras
- Enfermería
- Otra Cuál:.....

12-¿Conoce si hay una vacuna para VPH?

SI

Si es sí, pasa a 13. Si es no pasa a 14

13-Con respecto a la vacuna ¿Para qué sirve?

- Prevenir lesiones producidas por HPV
- Curar lesiones producidas por HPV
- NS/NC

14- ¿Estás de acuerdo con la aplicación de la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano?

SI

En caso de ser su respuesta No, ¿Porque?

15-¿Sabe desde qué edad se puede aplicar la vacuna VPH?

16-Sabes cuantas dosis se deben aplicar?

- Las mujeres deben recibir una dosis
- Las mujeres deben recibir tres dosis

Nivel de información sobre VPH y su influencia en la cobertura

- Las vacunas contra el HPV son altamente efectivas independiente de cuantas dosis reciba la mujer.
- Otra. Cuál?.....

17- Con respecto a su hija, está vacunada contra el VPH? si no (preguntar carnet de vacunación)

18-Si es si ¿cuántas dosis le aplicaron?

- Una
- Dos
- Tres