



Universidad
de La Laguna



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Nivel de conocimientos sobre prevención del Virus del Papiloma Humano y detección precoz del Cáncer Cervicouterino en mujeres entre 18 y 35 años, que mantienen relaciones sexuales con mujeres, en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Proyecto de investigación.

GRADO EN ENFERMERÍA

Autor: Idaira Jasmina Bacallado Cabrera

Centro: Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia.
Tenerife. Universidad de La Laguna

Tutor: Martín Rodríguez Álvaro

Fecha de presentación: Junio de 2016

RESUMEN

Introducción: El Virus del Papiloma Humano (de los tipos 16 y 18) se ha asociado al cáncer de cérvix, el segundo con más prevalencia en la mujer. Para su prevención y detección precoz se aborda a mujeres que han iniciado su vida sexual realizando una citología vaginal o Papanicolau. **Hipótesis:** Existe evidencia que señala la influencia de numerosos factores como la edad, raza y status social sobre los conocimientos de prevención y diagnóstico precoz de VPH y cáncer de Cérvix. ¿Influye también la orientación sexual? **Objetivos:** Determinar el nivel de conocimientos de mujeres que mantienen relaciones sexuales con mujeres entre 18 y 35 años de la provincia de Santa Cruz de Tenerife sobre la prevención y diagnóstico precoz del VPH y cáncer de Cérvix. **Material y métodos:** Proyecto de investigación descriptivo transversal. Encuestas anónimas a población de estudio. **Palabras claves:** VPH, Screening, cáncer, cérvix, Papanicolau, mujer, homosexual, bisexual, vacuna, virus papiloma humano, HPV, women, lesbian, cervical, MSM, healthcare, orientation, sexual, papilloma.

ABSTRACT

Introduction: The Human Papillomavirus, particularly HPV16 and HPV18, have been associated with cervical cancer, the second most prevalent found in women. The Pap smear or the Papanicolau test is used in sexually active women in order to prevent and detect it early on. **Hypothesis:** There is existing evidence that shows the influence of multiple factors such as age, race and social status in the awareness of prevention and early diagnosis of HPV and cervical cancer. Does sexual orientation also influence in this? **Objectives:** To determine the level of awareness of women sexually active with other women between 18 and 35 years old in Santa Cruz de Tenerife of the prevention and early diagnosis of HPV and cervical cancer. **Material and methods:** Descriptive cross-sectional research project. Anonymous surveys given to population being studied. **Key words:** HPV, screening, cancer, cervix, Papanicolau, woman, bisexual, homosexual, bisexual, sexual orientation, Human Papillomavirus, women, lesbian, cervical, WSW, healthcare, papilloma.

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Virus del Papiloma Humano.....	7
1.1.1 Signos y síntomas.....	7
1.1.2 Epidemiología y prevalencia.....	7
1.1.3 Etiología.....	8
1.1.4 Diagnóstico.....	9
1.1.5 Tratamiento.....	11
1.1.5.1 Tratamiento verrugas cutáneas y anogenitales.....	11
1.1.5.2 Tratamiento específico verrugas cutáneas.....	12
1.1.5.3 Tratamiento específico verrugas genitales.....	13
1.2 Cáncer de cérvix.....	14
1.2.1 Signos y síntomas.....	14
1.2.2 Epidemiología y prevalencia.....	14
1.2.3 Etiología.....	15
1.2.4 Diagnostico.....	15
1.2.5 Tratamiento.....	18
1.3 Prevención.....	20
1.4 Antecedentes.....	21
2. JUSTIFICACIÓN.....	25
3. HIPÓTESIS.....	27
4. OBJETIVOS.....	28
4.1. Objetivo principal.....	28
4.2. Objetivos secundarios.....	28
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	29
5.1 Tipo de estudio.....	29
5.2 Ámbito de estudio.....	29
5.3 Criterios de selección.....	29
5.3.1 Criterios de inclusión.....	29
5.3.2 Criterios de exclusión.....	30
5.4 Variables de estudio.....	30
5.5 Población y muestra.....	30

5.6 Tamaño del universo de la muestra.....	30
5.6.1 Recolección de datos.....	31
5.6.2 Análisis estadístico	31
5.7 Consideraciones éticas	31
5.8 Cronología.....	32
5.8.1 Cronología del proyecto de investigación.....	32
5.8.2 Cronología del estudio	32
5.9 Financiación	33
6. BIBLIOGRAFÍA.....	34
7. ANEXOS.....	39
Anexo 1: Cuestionario	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Comparación de los diferentes tratamientos	13
Tabla 2. Clasificaciones células anormales.....	16
Tabla 3. Tratamiento recomendado según estadio	19
Tabla 4. Cronograma del proyecto.....	32
Tabla 5. Cronograma del estudio.....	32
Tabla 6. Presupuesto estimado	33

INDICE DE ABREVIATURAS

VPH: virus del papiloma humano.

ITS: infecciones de transmisión sexual.

CCU: cáncer cervicouterino.

LIEag: lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado.

LIEbg: lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado.

ASCUS: células escamosas atípicas de significado incierto.

RCP: reacción en cadena de la polimerasa.

FDA: Food and Drug Administration.

TCA: ácido tricloroacético.

BCA: ácido bicloroacético.

SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

CIN: neoplasias intraepiteliales cervicales.

AECPC: Europe Against Cancer Programme.

ACG: células glandulares atípicas.

AIS: adenocarcinoma endocervical.

CCI: cáncer cervical invasivo.

FP: falsos positivos.

FN: falso negativo.

IFCPC: Federation for Cervical Pathology and Colposcopy.

LEEP/LEETZ: escisión electroquirúrgica con asa.

APS: atención primaria de salud.

AES: atención especializada.

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.

LGBTIA: colectivo de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, intersexuales y aliados.

MSM: mujeres que tienen sexo con mujeres.

HSH: hombres que tienen sexo con hombres.

HSM: hombres que tienen sexo con mujeres.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Virus del Papiloma Humano

El virus de papiloma humano (VPH) pertenece a un grupo viral heterogéneo capaz de producir lesiones hiperplásicas, papilotamosas y verrugas en piel y mucosas, induciendo enfermedad en varias zonas, incluyendo región perianal, ano, vulva, vagina y cérvix (1).

Es un virus de tamaño pequeño, no encapsulado, con estructura icosaédrica y una doble cadena de ADN. Pertenece a la familia de los Papovaviridae, del género Papilomavirus (2). El genoma puede dividirse en una región temprana (E) con genes para la codificación de proteínas reguladoras, transformadoras y replicadoras, una región tardía (L) con proteínas estructurales de la cápside y una región control (C) sin codificadores (1, 3, 4).

La infección comienza en la capa basal de las células epiteliales, donde el virus expresa las proteínas implicadas en la replicación y transcripción de ADN (4), provocando una hiperplasia por la proliferación de células basales y prebasales.

1.1.1 Signos y síntomas

Los signos causados por el VPH pueden aparecer entre los 6 meses del contagio y los 2 años (4).

La infección por VPH puede causar diversas lesiones, estando por un lado las expresiones benignas (VPH 6 y 11), como las verrugas genitales y papilomatosis laríngea, y por otro lado, las expresiones intraepiteliales neoplásicas (VPH 16 y 18) como el cáncer cervical, de vulva, vagina, ano, periano, pene u orofaríngeo (2, 5).

Considerada una infección de transmisión sexual, suelen tener un desarrollo silente, estando los de alto riesgo asociados al 99,7% a cánceres cervicales y lesiones intraepiteliales y los genotipos de bajo riesgo relacionados con verrugas genitales (1).

1.1.2 Epidemiología y prevalencia

El VPH es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más comunes. Se ha demostrado que juega un papel importante en la carcinogénesis de diferentes órganos, siendo el mecanismo de contacto principal el contacto directo con las lesiones, relacionándose con el VPH el 90% de los tumores anales y el 100% de los cervicouterino (CCU). Otras formas de transmisión pueden ser la descarga vaginal y semen infectado, contacto genital no penetrante (manipulación digital y sexo oral), aunque estas últimas en menor porcentaje (5).

Se desconoce la capacidad penetrante de este virus en la piel intacta, pero se sospecha que los microtraumas de las capas más profundas de la piel y mucosas facilitan el acceso (1).

Ocasionalmente podemos encontrar transmisiones madre-recién nacido, provocando infecciones de tracto respiratorio superior, siendo la más conocida la papilomatosis laríngea recurrente (5).

La detección de diferentes tipos de VPH presenta una gran variabilidad en la población general, ya que depende de factores como la edad, el sexo y la situación geográfica (5) siendo los hombres jóvenes que mantienen relaciones sexuales con hombres o con ambos sexos los que presentan una mayor prevalencia (5). En el caso de las mujeres, se observa un aumento de casos tras el inicio de las relaciones sexuales completas y se mantienen elevadas con cada nueva pareja sexual. La incidencia es más altas en los tipos de alto riesgo (especialmente el tipo 16).

1.1.3 Etiología

Los VPH son virus epidermotropos con afinidad y capacidad de infectar cualquier tipo de epitelio escamoso (4) La célula diana es el queratinocito, situado en la lámina basal, siendo las únicas con capacidad de división, siendo de infección obligatoria para una transcripción genómica temprana y la infección permanezca. Como resultado, tenemos una proliferación sucesiva de capas epidérmicas, conocida como paraqueratosis, acantosis o hiperqueratosis (4, 6).

La secuencia final que incluye la expresión de los genes tardíos (L1, L2) y la síntesis y acoplamiento de la cápside tiene lugar en las células más diferenciadas o queratinizadas del estrato espinoso. La secuencia L1 es la proteína principal de la cápside, responsable de la adherencia específica a la célula y, además, antígeno que provoca la respuesta inmunológica humoral y celular.

En las lesiones benignas, el ADN viral se localiza en posición extracromosómica del núcleo celular, mientras que, por el contrario, en las lesiones displásicas graves el ADN se encuentra en el cromosoma celular, provocando que se el ADN viral rompa la región E2, malignizando la lesión (6), ya que dicha región regula la expresión de las proteínas E6-E7, cuyos productos (el p53 y el oncogén del retinoblastoma, Rb) se traducen como proteínas supresoras tumorales, estando presentes en los tipos VPH 16 y 18 (2,4).

Cuando la proliferación epitelial se hace evidente, condiciona la presencia clínica del condiloma con sus diferentes expresiones morfológicas: acuminado, papuloso y micropapilar. Otras ocasiones la infección está presente únicamente en la epidermis y no

nos permite acceder a una morfología lesional, lo que conocemos como infección subclínica. La infección también puede permanecer en estado de latencia sin objetivarse ni clínica ni subclínicamente, para lo que sería necesario técnicas de identificación de ADN viral para su diagnóstico.

De los numerosos tipos de VPH descubiertos, los tipos virales de alto riesgo oncogénico son el tipo 16 y 18, responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer invasivo de cuello uterino y lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LIEag), mientras que los tipos de bajo riesgo 6 y 11 son encontrados con mayor frecuencia en lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIEbg) y, al menos, en el 90% de papilomas y condilomas. A parte de las lesiones citadas anteriormente, se ha establecido el diagnóstico citológico de "células escamosas atípicas de significado incierto" (ASCUS, de las siglas en inglés), para denominar alteraciones celulares inespecíficas o ambiguas que pudieran o no estar relacionadas con el VPH (6).

1.1.4 Diagnóstico

El diagnóstico del VPH y su expresión (verrugas) se basa en su presentación clínica, su localización anatómica y su histología. En la mayoría de los casos no es necesaria la identificación del genotipo viral, ya que corresponden a tipos de bajo riesgo o benignos (6).

Los estudios demuestran una gran variabilidad en cuanto a la sensibilidad y especificidad de los distintos métodos utilizados en el cribado del VPH, dependiendo de varios factores, el método, las características de la población y/o muestra evaluada, el tipo de lesiones y la cantidad y calidad del material biológico (3).

La infección causada por este virus puede evidenciarse mediante un examen citológico o histopatológico, valorando los cambios morfológicos o con pruebas moleculares, detectando el genoma, identificando así el tipo de viral involucrado.

También se utilizan pruebas serológicas basadas en la detección de anticuerpos circulantes de los péptidos de las regiones E2, E4, L1, L2, E6 y E7 de los tipos 16 y 18 de VPH, detección de anticuerpos frente a proteínas transformantes E6 y E7 así como de estructuras proteicas conformacionales de la cápside viral L1 y L2 desprovistas de ADN. (3)

La sensibilidad de estas pruebas es baja (entre 50-70%), en comparación a la detección de ADN viral mediante reacción en cadena de la polimerasa (RCP). Sin embargo, la detección de anticuerpos se interpreta como un marcador de exposición persistente al VPH

INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO FINAL DE GRADO

en mujeres normales y está en evaluación como marcador de diseminación metastásica en pacientes con carcinoma invasor (3).

En el caso de la citología vaginal exfoliativa o prueba de Papanicolau, se ha reportado un valor promedio de sensibilidad de 61,3%, destacando así su específico control para este tipo de infecciones (3). Esta sensibilidad incrementa con la edad de las pacientes (79,3% por encima de los 50 años frente a 55,4% entre los 35-49 años y 48,7% por debajo de los 35 años).

Los métodos moleculares de detección y/o identificación del ADN viral comprenden la ya mencionada RCP que identifica 30 genotipos, incluyendo 13 de alto riesgo u oncogénicos presenta una sensibilidad mayor (aproximadamente 90%) mostrando una homogeneidad en los resultados independientemente de la edad (3,6).

El HC2, primer método aceptado y registrado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de E.E.U.U (FDA, por sus siglas en inglés) para la detección del VPH, es un procedimiento cualitativo que consiste en la hibridación (mezcla), en formato de microplaca, del ADN liberado de la muestra en estudio con sondas de ARN específicas para la identificación grupal de 13 tipos virales de alto riesgo: 16, 18, 31,33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 y 5 tipos de bajo riesgo 6, 11, 42, 43, 44. Dichos híbridos ADN: ARN son capturados sobre una superficie que contiene anticuerpos específicos que reaccionan con anticuerpos conjugados con fosfatasa alcalina. La unión es detectada por un sustrato quimioluminiscente de dioxetano (3,6) permitiendo la discriminación de genotipos exceptuando del interesado. Por otro lado, este método es el principal seleccionado para el estudio de las células escamosas atípicas de significado no determinado (ASCUS), células con morfología anormal, pero sin determinación de malignidad (3).

Al comparar ambos métodos para la detección de VPH en mujeres mediante citología, se obtuvo una sensibilidad entre el 55,6 y 87,4%, siendo visiblemente mayor en la segunda, según los estudios, debido a la diferencia en cuanto a cantidad de muestra en ambos (3).

Otro método de diagnóstico es Amplicor, que combina los anteriormente citados: amplificación del ADN blanco por RCP, seguida de hibridación de los ácidos nucleicos para la identificación de 13 genotipos de VPH de alto riesgo oncogénico en células cervicales recolectadas en un medio de transporte. Evaluando los resultados en el diagnóstico del VPH, se registró diagnósticos positivos para los de alto riesgo. Amplicor se utiliza en resultados citológicos dudosos, debido a su alta especificidad.

Las pruebas Linear Array (Roche) e INNO-LiPA consisten en la hibridación de productos de RCP en un sustrato sólido. Con ambos métodos se amplifica un fragmento de la región

L1 del genoma viral, encontrando al compararlo una exactitud del 96,5% en determinación del tipo de genoma viral, incluyendo los 16 y 18 (3).

El Inv2 Test es un sistema semiautomatizado que detecta 14 tipos de VPH de alto riesgo, representados en 3 sets de sondas (A5,A6: VPH 51, 56 y 66; A7: VPH 18, 39, 45, 59 y 68; A9: VPH 16, 31, 33, 35, 52 y 58), siendo diferentes al resto las sondas de los genotipos 16 y 18. Con este método se reconoce y diferencian los VPH de alto con los de bajo riesgo oncogénico, incluyendo en el primer grupo el VPH 66, en estudio por la Asociación Internacional para la Investigación del Cáncer (3).

1.1.5 Tratamiento

Actualmente no existe ningún tratamiento sistémico, por lo que se emplean métodos locales físicos, químicos o quirúrgicos que destruyan las células infectadas, teniendo las tres el mismo porcentaje de efectividad (6). La decisión de que método elegir se basa en la distribución de las lesiones, el tamaño y la experiencia del cirujano.

1.1.5.1 Tratamiento verrugas cutáneas y anogenitales

Como tratamientos químicos tenemos el fluoracilo (antimetabolito), que destaca por su menor recidiva (entre 0 y 8%), pero también por sus efectos colaterales, como pueden ser la erosión e irritación. Son necesarios dos ciclos de tratamiento, con un porcentaje de éxito entre el 68 y 97% (6). También se emplean la Cimetidina e Inosine pranobex, aumentando la respuesta inmunitaria bloqueando los receptores de las células T-supresoras, pero su eficacia en comparación con otros métodos no está demostrada completamente, por lo que se utiliza como adyuvante con otros tratamientos.

El Imiquimod y α -interferón, con aplicación tópica y sistémica, actúan como modificadores de la respuesta inmune, induciendo la producción de interferón y factor de necrosis tumoral (FTN- α), aumentando la respuesta celular de los linfocitos T-helper (Th1), activando los linfocitos citotóxicos, las células NK (natural killer) y las células de Langerhans. Actualmente se comprende la importancia de la respuesta inmune innata (barreras epiteliales, fagocitos y complemento) y, en especial, de las células dendríticas y macrófagos, para activar una respuesta inmune específica. Este tratamiento se puede utilizar de forma asociada en verrugas recalcitrantes, con ácido salicílico + crioterapia, aplicándolo varias veces al día sobre la zona lesionada, aumentando así su eficacia.

Como terapia de tercera línea, está la Bleomicina intralesional, presentando actividad antimitótica, uniéndose al ADN y actividad antiviral. La administración debe ser superficial hasta lograr un blanqueamiento total de la verruga, produciendo dolor y terminando con la

formación de una escara, al tercer día de tratamiento. Se han observado efectos sistémicos similares a los que produce la quimioterapia (6).

Como tratamiento físico está la crioterapia, que consiste en la aplicación de nitrógeno líquido a través de un spray, congelando directamente la lesión. Produce una necrosis de la epidermis y dermis, además de una trombosis de la microvasculatura. Para un resultado óptimo son necesarios entre 2 y 3 ciclos, con un porcentaje de éxito entre el 70 y 96%. Las recidivas son mayores que con tratamiento químico (entre el 25 y 39%).

Para la inmunoterapia de contacto se emplean dinitrito-clorobenceno y difenciprona como sensibilizadores de contacto. La solución es aplicada a escasos cm de la piel sana del antebrazo no dominante, provocando así una sensibilización para luego aplicar directamente sobre la verruga. La mayor complicación puede ser el deterioro de la integridad cutánea provocando ampollas, por lo que no es recomendado para el tratamiento de lesiones genitales o faciales.

En el tratamiento quirúrgico podemos encontrar la electrocirugía, el tratamiento láser y la extirpación. Se realizan bajo anestesia local para facilitar la extirpación, evitando siempre dañar la piel no afectada. En caso de decantarse por el láser o la electrocirugía, tanto los profesionales como el paciente deben utilizar mascarilla quirúrgica y contar con un extractor de humo, ya que se ha demostrado la presencia de virus viable en el aire (6,10). El porcentaje de efectividad con estas técnicas va desde el 72 hasta el 97%, con un número de recurrencias entre el 6 y el 51% (6).

1.1.5.2 Tratamiento específico verrugas cutáneas

El ácido salicílico actúa como irritante local similar a la crioterapia, destruyendo directamente el ADN viral. Es el tratamiento de elección con una efectividad del 90% y una recurrencia menor al 7%. Se aplica sobre la verruga dejándola secar hasta que adquiera un color blanco.

La resina de podofilino o podophyllum es un extracto alcohólico de raíces, presenta un efecto antimitótico destruyendo los viriones del VPH en el 85% de las verrugas tratadas. Se debe prestar atención a los posibles efectos adversos, ya que se han descrito intoxicaciones con efectos sistémicos irreversibles como vómitos, coma, depresión respiratoria, hematuria, fallo renal y finalmente, fallecimiento (6). Existe un derivado del mismo, la podofilotoxina, que inhibe la mitosis e induce la necrosis de las lesiones. De elección ya que no presenta efectos adversos tan agresivos como la resina.

1.1.5.3 *Tratamiento específico verrugas genitales*

El ácido tricloroacético (TCA) es empleado junto al ácido bicloroacético (BCA) por su efecto cáustico que destruyen las verrugas por coagulación química de la proteína.

El Cidofovir, actúa sobre el ADN viral al ser un análogo de los nucleótidos. Su efectividad está alrededor del 32% a lo largo de 12 semanas, con una recidiva del 3,7% al año. Es el elegido principal para las verrugas perianales especialmente en pacientes inmunodeprimidos, como por ejemplo con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Las vacunas profilácticas están formadas por subunidades de pseudocápsides virales ensambladas de L1, principal proteína capsular. Son polivalentes e incluyen los tipos predominantes de alto riesgo y de los tipos 6 y 11, aislados o combinados con sustancias estimuladoras del sistema inmune. El mayor inconveniente de estas vacunas es que deben ser administradas antes de la exposición al virus y, dependiendo de la edad, en 2 o 3 dosis (0-1-6). Sin embargo, en relación a estas vacunas, hay aspectos muy importantes que todavía no están estudiados, como son la duración de la protección, la prevención de la infección y de las producidas por otros genotipos virales, además de los beneficios de la vacunación global.

El otro método de vacunación es la terapéutica, que inducen inmunidad contra E6 y E7 y una respuesta antígeno-específica mediada por los linfocitos T, produciendo una regresión tumoral y utilizada como terapia oncológica. Las vacunas existentes actualmente son las peptídicas, PCV-L1, recombinantes y con ADN específico (6).

En la siguiente tabla podemos observar una comparación entre los diferentes tipos de tratamiento, siendo preferentes los métodos quirúrgicos tanto por el número de tratamientos como por la alta efectividad y baja recurrencia.

Tabla 1. Comparación de los diferentes tratamientos

Tratamiento	Nº de tratamientos	Efectividad (%)	Recurrencias (%)
Fluoracilo	2-3	68-97	0-8
Ác. tricloroacético	4	64-81	3-6
Podofilino	3-7	38-79	21-65
Podofilinotoxino	3	68-88	16-34
Crioterapia	3	70-96	25-39
Láser	2	72-97	6-49
Electrocirugía	1	72-94	25-51
Cirugía	1	89-93	19-22

Tabla de elaboración propia.

1.2 Cáncer de cérvix

El cáncer de cuello uterino (CCU) es una neoplasia maligna del epitelio cervical. De los descubrimientos más importantes sobre cáncer de cérvix, es la relación directa con la infección por VPH. La evidencia científica ha permitido demostrar y describir que el cáncer de cuello de útero es una secuela de dicha infección, producida por ciertos genotipos de VPH (3), los de alto riesgo 16 y 18, además de continuar con estudios en relación al tipo 66, que muestra alto grado oncogénico (6).

Este tipo de cáncer presenta una progresión lenta que favorece la detección precoz durante la fase preinvasiva, lo que permite tratarlo de forma temprana evitando la evolución a lesiones cancerosas.

1.2.1 Signos y síntomas

En el caso del CCU, los síntomas suelen aparecer cuando el cáncer está en fase avanzada, previamente son asintomáticos y pasan desapercibido. El signo típico de esta neoplasia es el sangrado vaginal irregular intermenstrual o el sangrado anormal tras mantener relaciones sexuales, viniendo acompañado a veces por dolor pélvico.

Las lesiones precursoras del CCU son las neoplasias intraepiteliales. Estas lesiones pueden persistir, desaparecer o progresar a estadios más severos (16).

1.2.2 Epidemiología y prevalencia

La incidencia estimada del cáncer de cérvix en España para un periodo de 5 años a partir de 2008 fue de 35,5 casos por 100.000 mujeres, mientras que en otros países de la Unión Europea se situó en 49,3 casos por cada 100.000 (9). Este número menor de casos tienen relación con el tipo de Sanidad que presta España.

La prevalencia aumenta inmediatamente a partir del inicio de las relaciones sexuales y los 10 años posteriores (15-25 años), produciéndose una disminución muy marcada a partir de los 30 años y manteniéndose estable a partir de los 40 años.

La tasa de mortalidad corresponde a 275.000 muertes a nivel mundial, ocurriendo el 88% de estos en países desarrollados (ya que en los países en vías de desarrollo los controles son exclusivos para las mujeres con un nivel adquisitivo alto; en los países pobres con el cribado no captan ni el 25% de la población femenina). Según el Centro Nacional de Epidemiología, la tasa de mortalidad en España se estimó en 1,9 casos por cada 100.000, en comparación con el resto de países de la UE que estimaron 3,0 casos por cada 100.000. Por provincias, osciló entre el 0,11 en Zamora y el 4,46 en Ceuta (9).

Entre los CCU que predominan están el escamoso (90-95%) y el adenocarcinoma cervical (5%). Los sarcomas y melanomas diagnostican en menor medida. En el caso de mujeres con el sistema inmunitario normal, puede tardar en desarrollarse entre 15-20 años tras la infección de VPH, entre 5-10 años mujeres inmunodeprimidas o con Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

El 70% de las lesiones CIN1 regresan en 6 años, sin embargo, sólo el 6% de las lesiones CIN1 progresan a CIN3+ o cáncer de cérvix, mientras que la progresión de CIN3 a carcinoma es del 31,3% en 30 años (9).

1.2.3 Etiología

El CCU está precedido por las lesiones precursoras directamente relacionadas con algunos tipos de VPH que se adquieren por contacto sexual. Evitar el contacto con el VPH a lo largo de la vida es imposible, ya que el 75% de las mujeres conviven con tipos virales mucosos, siendo capaces de eliminarlo el 80% a lo largo de los 2 años siguientes.

La diferencia entre los VPH de alto y bajo grado, es que en los primeros el ADN viral entra en el núcleo de la célula huésped mientras que, en los segundos, se queda en el exterior (3).

En el desarrollo del cáncer, la integración del ADN viral al genoma de la célula huésped provoca una interrupción en la región de lectura abierta E1-E2, lo que impide un adecuado efecto inhibitorio de E2 produciéndose la unión de factores de transcripción. Esta degradación provoca un aumento en la transcripción del ADN dañado, activando etapa G1 y bloqueando apoptosis de células mutadas.

1.2.4 Diagnóstico

El cribado del cáncer de cérvix comenzó en los años 60 en Finlandia, Luxemburgo y Suecia, teniendo como objetivo la detección precoz del cáncer cervical realizando una prueba a mujeres asintomáticas para su posterior clasificación para reducir la incidencia del carcinoma de cuello uterino, a través de la detección de lesiones precursoras (CIN) (9).

Los dos tipos de cribado son poblacional y oportunista (11). En el cribado poblacional cuentan con captación activa de la población diana en Atención Primaria, con relación directa con la Atención Especializada. El grado de efectividad supera el 70% ya que el sistema de salud se encarga de contactar con dicha población.

El cribado oportunista tiene una menor efectividad ya que la usuaria acude cuando lo cree necesario, existiendo signos y síntomas en muchos de los casos (11).

La prueba que se realiza recibe varios nombres: citología exfoliativa cervicovaginal, citología de Papanicolau o citología convencional, siendo la recomendada por el Europe Against Cancer Programme (EACP). Consiste en la recogida e interpretación en laboratorio anatómico de las células cervicovaginales, y observación del interior de la vagina, buscando cambios inflamatorios o crecimiento anormal de células. Esta lectura se incluye en la clasificación Bethesda (2011) que valora la calidad muestral como satisfactoria o inadecuada, clasificando además los hallazgos citológicos negativos como lesión intraepitelial o malignidad, no neoplásicos y anomalías en las células epiteliales. Dichas células se clasifican en:

-Células escamosas atípicas de significado indeterminado o ASCUS: no se descarta lesión. Existen cuatro tipos diferentes: intraepitelial de alto grado (ASC-H), lesión intraepitelial de bajo grado (LSIL), lesión intraepitelial de alto grado (HSIL) y carcinoma de células escamosas.

-Células glandulares: células glandulares atípicas (ACG), células glandulares atípicas probablemente neoplásicas, adenocarcinoma endocervical in situ (AIS) y adenocarcinoma.

En las lesiones ASCUS y LSIL se recomienda la repetición de la citología, mientras que en las lesiones ASCH, HSIL, AGC y LSIL se recomienda la colposcopia, prueba diagnóstica definitiva que se realiza junto a la biopsia de las lesiones cervicales (9).

La clasificación histológica de las muestras patológicas se definen como "neoplasias intraepiteliales cervicales" (CIN) presentando varios niveles de gravedad: leve (CIN1), moderada (CIN2), severa (CIN3), carcinoma in situ (CIS) y cáncer cervical invasivo (CCI).

Tabla 2. Clasificaciones células anormales

CLASIFICACION BETHESDA		CLASIFICACION HISTOLOGICA
Células Escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Células Glandulares	Neoplasias intraepiteliales cervicales (CIN)
Lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H)	Células glandulares atípicas (ACG)	Leve (CIN1)
L. intraepitelial de bajo grado (LSIL)	Células glandulares atípicas probablemente neoplásicas	Moderada (CIN2)
L. intraepitelial de alto grado (HSIL)	Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)	Severa (CIN3)
Carcinoma	Adenocarcinoma	Carcinoma in situ (CIS)
		Cáncer cervical invasivo (CCI)

Tabla de elaboración propia.

INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO FINAL DE GRADO

Debemos valorar que la prueba de cribado presenta riesgos potenciales como:

-Resultados falsos positivos (FP): se determina lesión y se realizan pruebas diagnósticas complementarias, provocando ansiedad y cambios de ánimo en la mujer diagnosticada.

-Resultados falsos negativos (FN): se determina resultado negativo teniendo lesión precancerosa. Esto provoca un diagnóstico correcto tardío.

-Sobrediagnóstico: detección de lesiones cervicales que nunca hubieran progresado y que no se hubieran diagnosticado sin el cribado.

-Sobret ratamiento: tratamiento de lesiones que no lo necesitaban ya que hubieran vuelto a la normalidad espontáneamente.

La efectividad en la incidencia y mortalidad gracias a la citología se encuentra por encima del 80%, con una sensibilidad de detección entre el 44 y 86% y una especificidad del 98% (9, 12).

Con una prueba con resultado positivo se realiza una biopsia dirigida por colposcopia.

La colposcopia informa de la estructura epitelial, clasificándolas dependiendo de las alteraciones que presente, según la International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC): mínimas, con cambios menores o grado 1; graves, con cambios mayores o grado 2; muy graves, sugestiva a carcinoma (14).

Con la biopsia conseguimos un diagnóstico histológico de confirmación.

El análisis de ambas técnicas en conjunto tiene como resultado una sensibilidad del 95% aportado por la colposcopia, y una especificidad del 97% por la biopsia, por lo que es el método elegido para el diagnóstico de CCU por la exactitud (15).

Las recomendaciones actuales para el diagnóstico precoz de cáncer de cérvix se encuentran recogidas en La Guía de Cribado del Cáncer de Cuello de Útero en España en 2014 (11, 13) fue actualizada por las Sociedades Españolas de Ginecología y Obstetricia, Patología Cervical y Colposcopia, Anatomía Patológica y Citología, Sociedad Española de Epidemiología, Sociedades Españolas de Médicos Generales y de Familia de España y la Asociación Española contra el Cáncer.

No existen recomendaciones nacionales, sino que cada comunidad aplica sus estrategias, sin embargo, todos deben contar con los siguientes objetivos:

INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO FINAL DE GRADO

-La población diana son mujeres que mantienen relaciones sexuales entre 25-65 años, asintomáticas, para que así el cribado sea de medio-bajo riesgo.

-La prueba recomendada es la citología cervical.

-El intervalo entre exploraciones son: dos primeras consecutivas con resultados normales y tras ellas, una citología anual cada 3-5 años.

-Las mujeres entre 30-60 años deben tener una citología al menos cada 5 años.

-Seguimiento y control garantizado por parte de Atención Especializada para mujeres con riesgo alto de padecer CCU: VIH, otras ITS y mujeres con país de procedencia con alta incidencia (13, 14).

-Inicio de las pruebas antes de la edad recomendada en caso de pertenecer a un grupo de riesgo.

En Canarias el programa de cribado es oportunista, teniendo como objetivo la prevención y mejorar el pronóstico de los casos diagnosticados (14).

Existe una variación en la población diana, ya que se inicia el cribado a partir de los 3 años de inicio de las relaciones sexuales o directamente a los 25 años.

El intervalo de cribado es trienal tras dos citologías normales consecutivas, exceptuando mujeres inmunodeprimidas o con VIH positivo se recomiendan anuales.

A las mujeres entre los 18-25 años se les ofrece si cumplen uno o más factores de riesgo (no referenciados). Tras los 65 años se dejan de realizar citologías si en los 10 años posteriores presenta dos con resultados normales (13, 14).

Se quedan fuera del cribado las mujeres con histerectomías radicales y que no hayan mantenido relaciones sexuales. Las mujeres con histerectomías subtotales por patología benigna siguen el mismo control que el resto (14).

1.2.5 Tratamiento

Las opciones de tratamiento del CCU dependen del tipo de cáncer, del estadio en el que se encuentre, la localización exacta, la edad de la mujer, su estado físico y el deseo de tener o no hijos (17).

-Etapa 0 (carcinoma in situ) considerada como precancerosa debido a encontrarse en la superficie del cérvix. En el caso del carcinoma se aconseja la criocirugía, cirugía con láser,

INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO FINAL DE GRADO

escisión electroquirúrgica con asa (LEEP/LEETZ) y conización con bisturí frío. Para el adenocarcinoma in situ se recomienda la histerectomía.

-Etapa IA1, depende del deseo de fertilidad y la invasión linfovascular. Se opta por cervicectomía radical en caso de querer tener hijos, si no, se recomienda la histerectomía.

-Etapa IA2, recomendada la histerectomía radical con extirpación de ganglios pélvicos y/o aórticos, radiación externa a la pelvis y braquiterapia o radiación interna.

-Etapas IB y IIA, recomendado como tratamiento la cirugía (histerectomía radical, extirpación de ganglios pélvicos y del peritoneo), radiación o quimiorradiación.

-Etapas IIB, III y IVA, quimioterapia (cisplatino), quimiorradiación, radiación, cirugía y braquiterapia.

-Etapa IVB o metastásico, se recomienda el mismo tratamiento que en el estadio anterior pero con diferentes citostáticos (Avastin, Taxol).

En el caso de diagnosticarse el CCU durante el embarazo, tras los estudios necesarios, si el cáncer está en estadio AI se valoraría llevar el embarazo a término, realizando una histerectomía unas semanas después del parto. Si se encuentra en etapa IB o superior se deben valorar el término del embarazo o cesárea en cuanto se pueda.

Tabla 3. Tratamiento recomendado según estadio

	0	IA1	IA2	IB-IIA	IIB, III, IVA	IVB
Criocirugía						
LEEP/LEETZ						
Conización						
Cervicectomía						
Histerectomía						
Linfadenectomía						
Quimiorradiación						
Radiación						
Braquiterapia						
Quimioterapia						

Tabla de elaboración propia.

1.3 Prevención

Existen los tipos de prevención primarias o barreras físicas, y secundarias, como es el cribado que ofrece la Atención Primaria junto con la Especializada.

El objetivo de la prevención primaria sería evitar la infección de VPH mediante métodos de barrera para que el virus no entre en contacto con el cérvix.

El ejemplo más conocido es el preservativo de látex, con una efectividad del 60%. La desventaja es que no cubren toda la superficie cutánea capaz de transmitir el VPH, siendo más efectivos en el caso de la prevención de infecciones transmitidas por medio de fluidos (7). Es por esa razón, que no existe una evidencia clara en relación al beneficio del preservativo en la transmisión del VPH, ya que no es necesaria la penetración, sino el contacto entre genitales para su contagio.

La otra estrategia preventiva frente al virus es la vacunación (18). Actualmente existen dos vacunas inactivadas que contienen proteínas estructurales no infecciosas obtenidas por recombinación genética.

La Cervarix, la bivalente, contiene los genotipos VPH16 y 18. Tiene una efectividad del 100% que se mantiene hasta los 8 años posteriores a la administración (18). Se recomienda a chicas entre 9 y 14 años, con dos dosis (0-2). A partir de esta edad se recomiendan tres dosis.

La Gardasil, la tetravalente, contiene, a parte de los genotipos 16 y 18, los VPH6 y 11. Presenta una efectividad del 100% que se mantiene hasta los 10 años posteriores (18). La dosificación es la misma que en la bivalente.

Ambas vacunas presentan una eficacia superior al 95% para la prevención de las lesiones precancerosas de bajo y alto grado, además de proteger frente a otros tipos de VPH no sólo genital.

De la prevención secundaria se encargan APS y AES con los Programas de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) con las pruebas diagnósticas que hemos explicado anteriormente.

APS se encarga de la realización de citologías, educación para la salud, comunicación de resultados normales y derivación a AES en caso de resultados dudosos o patológicos, mientras que los últimos, estudian los resultados anormales para diagnóstico y tratamiento adecuado (14).

1.4 Antecedentes

Existen diferentes niveles de conocimientos dependiendo del tipo de enfermedad o ITS por la que se pregunta, centros de estudio, del sexo, la edad, lugar de procedencia, creencias y orientación sexual.

Gascón Jiménez, J.A et al en 2003 (20) resalta la diferencia de conocimientos existente entre chicas y chicos con edades medias de 17 años en diferentes centros de enseñanza. Los niveles son más altos en los colegios públicos, siendo los chicos quienes más conocimiento tienen sobre transmisión de VIH, y las mujeres sobre ITS, pero teniendo ambos grupos, en general, niveles bajos de conocimientos.

Saura Sanjaume, S et al en 2009 (21) recoge los conocimientos parciales sobre transmisión y prevención de VIH e ITS, pero lo que más influye son las conductas preventivas contra los embarazos no deseados, quedando las primeras en un segundo plano. Otro aspecto a resaltar son las creencias erróneas como que son situaciones lejanas que a ellos no les va a ocurrir. Además, el sexo influye en la edad de inicio de las relaciones sexuales y en la toma de decisiones (22) siendo más precoz actualmente, especialmente en los hombres.

En los estudios de los artículos citados la mujer, en edad de desarrollo, cuenta con unos niveles de conocimientos menores, centrándose principalmente en el empleo del preservativo, transmisión de VIH y, en especial, evitar los embarazos no deseados, desconociendo en gran medida la sintomatología de las ITS más comunes.

Latasa, P. et al en 2010 (23) las mujeres con niveles de estudios bajos no mantienen un control continuado en las prácticas preventivas como la mamografía o citología. Tras el interés principal provocado por la captación dejan de asistir a las citas, especialmente en las citologías. Las mujeres inmigrantes acuden en menor medida a estas pruebas en comparación con las españolas, siendo las mujeres de procedencia americana y canadiense las que menos acuden, seguidas por las africanas y las de Europa del Este (24), siendo unas de las razones el no poder acceder a la sanidad. El acceso y utilización de Programas Preventivos se ve marcado por las experiencias previas de la usuaria, sus creencias, la distancia percibida entre profesional-usuaria, el desconocimiento de la existencia del Programa, la desinformación por parte de los profesionales, la exclusión social, y la residencia actual en especial las mujeres de zonas rurales (25).

Luengo Matos, S. et al en 2004 (26) el principal aspecto que impulsa a la mujer a acudir a las pruebas preventivas es el grado de necesidad de realización y de autocuidado, también el miedo a un posible resultado negativo y al procedimiento en si (desapareciendo este tras la realización de la primera citología). Quienes más acuden a la pruebas son mujeres con

un estatus socioeconómico alto con cobertura sanitaria privada o mixta, por lo que, el nivel económico también es primordial.

En cuanto a inmigración, aunque el número de mujeres sudamericanas que han acudido a la consulta de matrona ha aumentado en los últimos años (27) favoreciendo la detección de ASCUS y prevención del cáncer de cérvix, el número de citas sigue siendo bastante menor que en mujeres españolas (28).

Se ha observado un descenso en el número de diagnósticos de VPH en mujeres con edades posteriores a los 32 años (29), mayoritariamente en mujeres con resultados anteriores negativos, con la idea de que no es necesaria la citología y por estabilización de la pareja.

En relación a la influencia de la orientación sexual de las mujeres, según la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en 2011 (30) el grado de captación del colectivo de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, intersexuales y aliados (LGBTIA) es menor, especialmente en los primeros años de adolescencia por motivos de autoaceptación.

La mayoría de mujeres que actualmente se identifican como lesbianas, previamente han mantenido relaciones sexuales con hombres, y debido al estigma (por cambiar de pareja además de la orientación) y la desinformación, el número de mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) que se realizan citologías es mucho menor que en el caso de las heterosexuales; a parte, se suma las experiencias previas negativas, la falsa creencia del bajo intercambio de fluidos durante la relación sexual, la desinformación sobre contagio de ITS durante las relaciones y métodos de barrera para evitarlo (31) Mujeres que actualmente se consideran lesbianas o bisexuales en el pasado han mantenido relaciones con hombres e incluso han tomado anticonceptivos orales, han tenido un embarazo o sufrido un aborto (32).

Dentro de las MSM, las que se identifican como bisexuales son las que más se preocupan por su salud sexual y reproductiva, siendo mayor cuando la pareja sexual es hombre, y disminuye cuando es una mujer, por lo que en comparación con las mujeres exclusivamente heterosexuales, el número de exámenes ginecológicos es menor, pero sustancialmente mayor que en las lesbianas. Refieren también que las MSM no emplean métodos de barrera para evitar contagio de ITS durante las relaciones sexuales (33).

Las mujeres que sólo mantienen relaciones sexuales con mujeres afirman que "no necesitan" las pruebas de detección de VPH y cáncer de cérvix de forma habitual, sólo en caso de inseminación in vitro y junto al resto de pruebas necesarias (34, 35).

INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO FINAL DE GRADO

Daron G. Ferris et al en 1996 (36), describen el caso de una paciente con neoplasia cervical de grado 2 con numerosas parejas sexuales femeninas y ningún contacto sexual con hombres, demostrando el grado de desinformación al no tener en cuenta las parejas sexuales pasadas al creer que entre mujeres no existe riesgo de contagio.

Jeffries, W.L et al en 2014 (37) sobre hombres bisexuales (que mantienen relaciones sexuales con hombres y mujeres) los resultados muestran que el número de contagios de ITS y/o VIH es mayor si lo comparamos con HSH o hsm exclusivamente. Esto se debe a un inicio precoz en las prácticas sexuales, en el número y variaciones de parejas sexuales, las prácticas de riesgo, y también por la desinformación social en cuanto a la bisexualidad, que los excluye socialmente. El cáncer anorectal por VPH 6 y 11 tiene mayor prevalencia en HSH jóvenes que en hsm, asociado a numerosas parejas sexuales (38).

Las creencias del profesional sanitario influyen directamente en el trato con la usuaria; en algunos casos el ginecólogo ve innecesario informar sobre VPH, cáncer de cérvix y vacunación en mujeres lesbianas y bisexuales (39).

Existe tal grado de desinformación por parte de los profesionales ya que la homosexualidad ha sido una minoría y en gran parte oculta hasta hace unos años, por lo que son un colectivo vulnerable en cuanto a aspectos de salud, ya que no encuentran referentes (40).

Hall, B et al en 2008 (41) determinan que las preguntas que realizan las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva no son respondidas adecuadamente, ya que los programas de prevención están dirigidos en mayor parte a un público joven, caucásico y heterosexual, olvidando el resto de grupos sociales. Esto provoca una experiencia negativa, fomentando que la usuaria se plantee el acudir nuevamente a la consulta. Se relatan vivencias de discriminación homofóbica y heterosexismo.

Las lesbianas no son sólo minoría en el colectivo LGBTI, sino que también lo son dentro del ámbito sanitario. Es necesario cuidados de salud específicos que incluyeran no sólo programas de salud sexual y reproductivo, sino psicológico en caso de ser necesario. Los profesionales deben desarrollar competencias para saber responder y suplir las necesidades del colectivo, dado su papel en la promoción de salud, tomando conciencia de los problemas y desigualdades que sufren las mujeres homosexuales (42).

MSM se quejan de heteronormatividad de información y de heterosexismo a parte de otros aspectos que dificultan la comunicación entre profesional y usuaria (43). Los pocos historiales clínicos que recogen información para mejorar la educación de MSM, son datos obtenidos a partir de historias de mujeres que han tenido parejas masculinas previas (44).

INTRODUCCIÓN DEL TRABAJO FINAL DE GRADO

Los profesionales que se encargan de ofrecer cuidados sobre la salud sexual y reproductiva, deben descartar la idea errónea de que no existe riesgo en las relaciones sexuales entre mujeres, y adaptar la prueba del Papanicolau a la situación de cada usuaria, y en caso de tener dos negativos consecutivos, continuar con las pruebas cada tres años hasta el cambio de pareja o que la mujer lo crea necesario (45).

Para Diamant, A.L. et al en 2000 (46), una de las razones del fallo en la captación se debe a que el 60% de las mujeres que se identifican como lesbianas o bisexuales, no han revelado su orientación a los profesionales sanitarios. Es de suma importancia identificar a las MSM para dotarlas de la información, controles y prevenciones necesarias ya que, además, la invisibilidad y complicación para captación aumenta considerablemente a partir de los 30 años (47).

Las razones principales por las que no acuden a realizarse los controles son los motivos económicos, miedo a la discriminación por parte del personal y pérdida de tiempo en el centro médico. La mayoría no creen necesaria la vacunación ni piensan administrarse la vacuna, ya que ven personalmente el riesgo de desarrollar el cáncer muy bajo o casi inexistente. Un 68% de las mujeres que previamente han mantenido relaciones sexuales con hombres han utilizado métodos de prevención. El 54% no creen que entre mujeres se pueda transmitir el VPH (48).

Dolan, K.A. et al en 2003 (49) tratan los aspectos sociales que influyen en que las mujeres tomen medidas de prevención con hombres y con mujeres no, teniendo el mismo riesgo de contagio debido a las prácticas realizadas (oral, digital y con juguetes). Los aspectos que resaltan son el rol social de la mujer en la sociedad (cuidadora, buen carácter, comprensiva, etc), la confianza ciega que debe existir en una relación, valores sobre la familia y creencias que dictan que una mujer no puede actuar igual que un hombre (en temas sexuales, como la promiscuidad). Aunque algunas de las mujeres son conscientes de la vulnerabilidad en su situación, anteponen la falsa seguridad de que tener una pareja estable reduce esas posibilidades, dejando en último lugar la realidad de que su pareja actual también ha tenido parejas sexuales anteriores. Incluso siendo las anteriores hombres, la tendencia a la toma de precauciones disminuye.

Agénor, M. et al en 2014 (50) determina que existe discriminación de la misma minoría de MSM, interviniendo factores como los étnicos y raciales dentro de la pareja para acudir a controles de VPH. Dentro de las parejas MSM, las interraciales acuden menos al ginecólogo o matrona. Las MSM y MSMh muestran menor interés en recibir la vacunación del VPH debido a todos los aspectos señalados anteriormente (51).

2. JUSTIFICACIÓN

El VPH es de las infecciones de transmisión sexual más comunes, siendo su signo típico las verrugas perianales, anales y genitales. Algunos de sus serotipos están directamente relacionados con el cáncer de cuello de útero en mujeres.

A lo largo de su vida, la mayoría de mujeres entran en contacto con el virus, pero no todos llegan a mostrar síntomas, por lo que un alto porcentaje desconocen su situación. La prevención total es imposible, por lo que desde los Servicios de Salud de cada comunidad se plantean Programas de Salud que incluyan protocolos que lleven a cabo cribados que capten a la población femenina para la realización de pruebas citológicas en las consultas obstétricas-ginecológicas.

La transmisión de este virus es un problema de salud pública ya que con los programas de detección precoz con citología exfoliativa (PAP) existe un mejor resultado coste-efectividad, en comparación con otros métodos diferentes de diagnóstico y tratamientos para las células precancerosas y el cáncer ya establecido (52). Por lo tanto, para los Servicios de Salud es primordial que se empleen técnicas de prevención y diagnóstico que abarquen al mayor número de mujeres por el menor coste, sin que esto conlleve una disminución de la efectividad de los resultados.

Sin embargo, existe evidencia científica de que la captación no llega a todas las mujeres. Los factores que afectan a este fallo de cribado son la edad, la procedencia, el nivel académico, nivel socioeconómico, creencias y orientación sexual.

Desde la adolescencia el nivel de conocimientos sobre VPH es bajo, centrándose básicamente en la prevención del VIH y embarazo no deseado. Se suma el factor socioeconómico con las mujeres inmigrantes que no tienen acceso a la Sanidad Pública.

En el caso de las MSM, son varios aspectos los que les llevan a no acudir a consulta para realizarse los controles pertinentes: la falsa creencia de ser una prueba innecesaria ya que no mantienen relaciones sexuales con hombres (o las han mantenido pocas veces y no son conscientes del riesgo), no verlo necesario hasta el momento de querer un embarazo, la falsa idea de que entre mujeres no se pueden transmitir ITS, discriminación y desconocimiento por parte de los propios profesionales sanitarios, valores sociales impuestos a las mujeres, malas experiencias previas, desinformación sobre temas específicos sobre autocuidados ya que los existentes van encaminados a las parejas jóvenes y heterosexuales.

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE GRADO

Mediante este proyecto de investigación vamos a tratar de averiguar los conocimientos sobre prevención y detección precoz de VPH y cáncer de cérvix en mujeres que mantienen relaciones sexuales con mujeres, saber si realmente se sienten tan desprotegidas y olvidadas por parte de los sistemas de salud por su orientación sexual y desde su punto de vista que aspectos se deberían mejorar al respecto para que las MSM se sientan incluidas en los Programas de Salud.

3. HIPÓTESIS

La orientación sexual es otro factor condicionante (además de los sociodemográficos) sobre los conocimientos de prevención de VPH y detección precoz de CCU.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo principal

Determinar el nivel de conocimientos de las mujeres que mantienen relaciones con mujeres sobre la prevención de VPH y detección precoz de CCU.

4.2. Objetivos secundarios

- Determinar cuáles son los factores que influyen en la baja captación y seguimiento de dichas mujeres.
- Determinar las prácticas donde más y menos métodos de protección emplean.
- Determinar el grado de vulnerabilidad ante el contagio de VPH.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

La realización de este proyecto de investigación se llevará a cabo en la provincia de Santa Cruz de Tenerife ya que las asociaciones LGBTIA de la isla de Tenerife abarcan las necesidades del colectivo de La Palma, La Gomera y El Hierro.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2015) el Padrón municipal de la provincia es de 1.001.900 personas en total, siendo 507.546 mujeres (53). Dentro del rango de edad de estudio son 121.215 mujeres (53).

Se propuso el tema del proyecto al tutor y tras la aceptación del mismo, se realizó una búsqueda bibliográfica en español e inglés, utilizando las palabras claves en ambos idiomas en buscadores como PubMed y Elsevier.

5.1 Tipo de estudio

El diseño del proyecto será descriptivo, al recoger información sobre los niveles de conocimientos actuales de las mujeres voluntarias, y transversal al ser realizado en un momento determinado.

La datos serán recogidos de los resultados de una encuesta autorellenable y anónima con diferentes apartados, que se hará llegar a las voluntarias por medio de red social o correo electrónico (Anexo 1).

5.2 Ámbito de estudio

Se estudiarán los conocimientos de las mujeres que mantienen relaciones sexuales con mujeres con las que contactaremos a través de redes sociales por medio de la asociación LGBTIA de la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

5.3 Criterios de selección

La selección se ha llevado a cabo por una sola persona tras ponerse en contacto con la asociación de lesbianas, gais, transexuales y bisexuales de la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Los criterios de selección son los siguientes:

5.3.1 Criterios de inclusión

- Mujeres cisgénero.
- De 18 a 25 años.
- Que vivan durante el estudio en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.
- Que hayan mantenido su primera relación sexual.
- Que mantengan relaciones sexuales con mujeres (bisexuales o lesbianas).

- Sin diagnóstico previo o actual de VPH o cáncer de cérvix.
- Sin infecciones de transmisión sexual (ITS) previas o actuales.
- Que no hayan tenido pareja con diagnóstico previo o actual de VPH, cáncer de cérvix o ITS.

5.3.2 Criterios de exclusión

- Mujeres transexuales o transgénero.
- Mujeres menos de 18 años.
- Mujeres mayores de 25 años.
- Que no vivan durante el estudio en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.
- Que no hayan mantenido su primera relación sexual.
- Que sólo mantengan relaciones sexuales con hombres (heterosexuales).
- Con diagnóstico previo o actual de VPH o cáncer de cérvix.
- Con ITS previas o actuales.
- Que hayan tenido o tengan pareja con diagnóstico previo o actual de VPH, cáncer de cérvix o ITS.

5.4 Variables de estudio

Las variables que se emplearán para el estudio serán:

- Variables demográficas: edad de la entrevistada, sexo (mujer), lugar de procedencia (España o extranjero), localidad actual, nivel de estudios, ocupación.
- Variables sobre el comportamiento sexual: edad menarquía, edad primera relación sexual, orientación sexual (homosexual/bisexual) y otras cuestiones sobre prácticas sexuales (homosexual/bisexual) y autocuidado (con protección/sin protección).
- Variables sobre conocimiento: educación sexual recibida (Sí/No), preguntas relacionadas con el VPH (transmisión y prevención), etc.
- Otras variables: vulnerabilidad (Sí/No), discriminación (Sí/No), etc.

5.5 Población y muestra

Se valorarán diseños de muestreo por conveniencia que mejor se adapten a los objetivos del estudio, a la facilidad de realización para el entrevistador y que capten al mayor número de voluntarias, ya que en muchos casos las mujeres mantienen en secreto su orientación sexual.

5.6 Tamaño del universo de la muestra

Para calcular el tamaño de la muestra tendremos en cuenta el grupo de la asociación LGBTIA con 4671 seguidores totales, de los cuales, 2035 se identifican como mujeres, siendo la población de participación. Desarrollaremos la fórmula para muestras en poblaciones finitas ($n = \frac{Z^2 P Q N}{E^2 (N-1) + Z Q P}$), contando que las probabilidades a favor

y en contra (P y Q) tienen un valor determinado en caso de desconocimiento del 50% cada una, el nivel de confianza (Z) es del 95%, el número de elementos (n) son las 2035 mujeres, el error de estimación (E) ronda entre el 5-10%, eligiendo en este caso la primera cifra, quedando por resolver el Universo total (N). Obtendríamos como resultado una muestra representativa de 323 mujeres.

5.6.1 Recolección de datos

Para recoger los datos enviaremos un cuestionario de elaboración propia de 79 preguntas a través de redes sociales o correo electrónico (como prefiera la entrevistada).

El primer apartado (preguntas sociodemográficas) es el único en el que la usuaria tiene que escribir todas las respuestas.

El segundo (mantenimiento de la salud) y el último comparten el mismo tipo de estructura: marcar la respuesta con una X y especificarla en los ítems 14, 15, 16, 20, 21, 69, 70 y 74.

El resto de apartados requieren la elección de la respuesta entre 4 opciones, exceptuando los ítems 28, 30, 50, 59, 60, 61 y 62 que eligen entre dos.

El tercer apartado recoge las preguntas de comportamiento sexual; los dos siguientes abarcan las preguntas para conocer el nivel de conocimientos del VPH, y por último, saber las experiencias relacionadas con el trato por parte del profesional sanitario.

5.6.2 Análisis estadístico

Los programas que se utilizarán para obtener los datos serán compatibles con el sistema operativo Window: Excel, programa integrado en paquete de Office, y el programa IBM SPSS.

Con ambos programas podremos obtener resultados en porcentajes y en otras medidas como medias.

5.7 Consideraciones éticas

Se solicitaría tanto a la asociación LGBTIA su consentimiento para utilizar su grupo de seguidores, como al Colegio Oficial de Matronas la validación del cuestionario.

Previo al envío del cuestionario anónimo, a cada usuaria se le hará llegar por el mismo medio de contacto un consentimiento informado en el que se le explicará detalladamente el estudio y sus normas. Una vez recibida la confirmación se hará entrega del cuestionario.

Se hará hincapié en el aspecto anónimo del estudio y que sus datos serán tratados siguiendo la Ley Orgánica de Protección de Datos (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99).

5.8 Cronología

5.8.1 Cronología del proyecto de investigación

En la siguiente tabla reflejamos las semanas aproximadas que se tardaría en realizar el proyecto de investigación desde que nos lo planteamos. La actividad que requiere más tiempo (6 semanas) es la realización del proyecto, debido a la redacción de las bibliografías y datos recogidos.

Tabla 4. Cronograma del proyecto

Actividades	Semanas
Planteamiento del trabajo	4
Búsqueda bibliográfica	3
Contacto con instituciones	3
Análisis bibliográficos	3
Realización del proyecto	6
Correcciones	2
Redacción definitiva	3
Total	24

Tabla de elaboración propia.

5.8.2 Cronología del estudio

En la siguiente tabla representamos el tiempo en semanas que tardaríamos en realizar el estudio completo. En este caso, las actividades que requieren más tiempo vuelven a ver los relacionados con la recogida de datos y redacción del informe científico original, seguido de la solicitud de permisos y de financiación, ya que eso depende de instituciones externas.

Tabla 5. Cronograma del estudio

	Actividades	Semanas
Primer periodo	Documentación escrita	3
	Permisos	4
	Financiación	4
Segundo periodo	Documentación de las encuestadas	3
	Recogida de datos	6
Tercer periodo	Análisis de datos	4
Cuarto periodo	Resultados	2
	Conclusiones	2
	Informe final	4

Quinto periodo	Informe científico y original	5
	Total	37

Tabla de elaboración propia.

5.9 Financiación

La financiación para la realización del estudio se solicitará apoyo económico a las instituciones y organizaciones que oferten ayudas para las investigaciones: Universidad de La Laguna, Asociación LGBTIA de Santa Cruz de Tenerife, FELGBT, Cabildo y Ayuntamiento.

En material de papelería incluiríamos fotocopias, impresos, encuadernación y fax. En las facturas, las correspondientes a internet y gasto extra de luz y teléfono en caso de necesitarlo en las 37 semanas; el transporte corresponde a los bonos para el servicio público. La cantidad extra es por posible gastos no previstos. Se guardarían todas las facturas para justificar el gasto realizado.

Tabla 6. Presupuesto estimado

Presupuesto estimado		
Gastos	Cantidad	Coste
Encuestadora	1	1.200 €
Experto en estadística	1	1.500 €
Papelería	Varios	300 €
Permisos	Varios	200 €
Facturas	7	400 €
Transporte	1	105 €
IBM SPSS	1	500 €
Extras	1	350 €
	Total	4.555 Euros

Tabla de elaboración propia.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Caraballo, L., Salazar, N., Lorenzo, C. Infección por virus de papiloma humano: asociación entre infección genital y anal-perianal. (2010). Revista Obstétrica-Ginecológica de Venezuela, 70(4), pp.254-264.
2. González, M. Verrugas genitales. (2014). Revista Obstétrica-Ginecológica de Venezuela, 74(3), pp.203-209.
3. Guglielmo, A. Métodos utilizados en la identificación del virus de papiloma humano. (2010). Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 33(1).
4. Servicio Canario de Salud, (2005). Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio Canario de Salud.
5. Concha, M. Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano. (2007). Revista de Chile Infect, 24(3), pp.209-214.
6. Sanjosé, S., Bosch, F., Castellsagué, X. Epidemiología de la infección por el virus del papiloma humano y del cáncer de cérvix. (2007). Semergen, 33(2), pp.9-21.
7. Marzo-Castillejo, M., Cierco, P., del Cura, I. Prevención del cáncer de cérvix. (2005). Atención Primaria, 36(6), pp.328-333.
8. González, M. Infección genital por virus de papiloma humano. ¿Cómo abordar el diagnóstico?. (2014). Revista Obstétrica-Ginecológica de Venezuela, 74(4), pp.217-221.
9. Sanabria, J.M., Fernández, Z., Caridad Cruz, I., Llanuch, M. El cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica. (2011). Revista de Ciencias Médicas, 15(4), pp.295-319.
10. Queiro, T., Puñal, J. Métodos automatizados de lectura de citología cervical uterina. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. (2013). Avalia-t. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
11. Cortés, J., Oliveras, M., Ferret, G., Forteza, A. Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix. (2015). Medicina Balear, 30(2), pp.43-47.
12. Sanjosé, S., Ibáñez, R., Rodríguez, V., Peris, M., Roura, E. El cribado del cáncer de cuello de útero en el Sistema Público de Salud de Cataluña. Evaluación y seguimiento durante el período 2006-2012. (2015). Progresos de Obstetricia y Ginecología, 58(5), pp.209-220.

13. Torné A, del Pino M, Cusidó M, Alameda F, Andía D, Castellsagué X et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. Prog Obstet Ginecol 2014; 57, Supl.1: 1-13.
14. Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias., (2013). Cribado oportunista del Cáncer de Cérvix. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Sanidad. Dirección General de Programas Asistenciales.
15. Reyeró, M., Naviero, J. and Salas, J. (2004). Evaluación diagnóstica de la citología, la colposcopia y la biopsia en mujeres con sospecha de lesiones precursoras de neoplasia cervical intraepitelial. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 47(4), pp.155-161.
16. Cancer.org. (2016). Opciones de tratamiento para el cáncer de cuello uterino según la etapa. [online] Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/cancer-de-cuello-uterino-treating-by-stage> [Acceso 25 de mayo de 2016].
17. Álvarez-Argüelles, M., Melón, S., Junquera, M., Boga, J., Villa, L., Pérez-Castro, S. and de Oña, M. (2013). Human Papillomavirus Infection in a Male Population Attending a Sexually Transmitted Infection Service. *PLoS ONE*, 8(1).
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad., (2013). Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Madrid: Gobierno de España.
19. Jiménez, G. (2003). Conocimientos de los adolescentes sobre el sida y las enfermedades de transmisión sexual. *Atención Primaria*, 32(4), pp.216-222.
20. Saura, S. (2009). Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Atención primaria*, 42(3), pp.143-148.
21. Zelada, A., Valdivia, Á. and Saavedra, C. (2014). Nivel de conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y conducta en adolescentes estudiantes de Enfermería. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 66(2), pp.295-304.
22. Silva, J., Andrade, K. and Palacios, E. (2014). Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. *Enfermería Universitaria*, 11(4), pp.139-144.

23. Roig, C., Borràs, E. and Mitjans, E. (2015). La matrona en el cribado de cáncer de cérvix y detección del virus del papiloma humano, según el país de procedencia. *Matronas profesión*, 16(3), pp.96-102.
24. Latasa, P., Gandarillas, A. and Ordobás, M. (2015). Tendencias y desigualdades sociales en el cribado de cáncer de cérvix y cáncer de mama en la Comunidad de Madrid durante el periodo 1995-2010 a partir del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de enfermedades no transmisibles. *An. Sistema Sanitario Navarro.*, 38(1), pp.21-30.
25. Bailón, E. (2009). Si es un problema de salud pública, cribemos a la población. *Medicina Familiar y Comunitaria*, pp.305-306.
26. Sanz, B., Regidor, E. and Galindo, S. (2011). Influencia del lugar de origen en la utilización de pruebas de cribado de cáncer ginecológico en España. *Revista de Saúde Pública*, 45(6), pp.1019-1029.
27. Otero, L., Sanz, B. and Blasco, T. (2011). Detección precoz de cáncer de cérvix según los discursos de las matronas de atención primaria en Segovia, España. *Revista de Saúde Pública*, 45(5), pp.831-836.
28. Luengo, S. and Muñoz, A. (2004). Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España. *Atención Primaria*, 33(5), pp.229-236.
29. González, Y. and Castaño, M. (2003). Estudio descriptivo del cribado del cáncer de cérvix en nuestro centro de salud. No captamos a la población de riesgo. *Medicina Familiar y Comunitaria*, 13(2), pp.85-91.
30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: Gobierno de España.
31. Waterman, L. and Voss, J. (2015). HPV, cervical cancer risks, and barriers to care for lesbian women. *The nurse practitioner*, 40(1), pp.46-53.
32. Kerr, D., Ding, K. and Thompson, A. (2013). A comparison of lesbian, bisexual and heterosexual female college undergraduate students on selected reproductive health screenings and sexual behaviors. *Women's Health Issues*, 23(6), pp.347-355.
33. Marrazzo, J. and Stine, K. (2004). Reproductive health history of lesbians: implications for care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190, pp.1298-1304.
34. Ferris, D. and Batish, S. (1996). A neglected lesbian health concern: cervical neoplasia. *Journal of Family Practice*, 43(6), p.581.

35. Curmi, C., Peters, K. and Salamonson, Y. (2014). Lesbian's attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study. *BMC women's health*, 14, p.153.
36. Fohet, C. and Borten, I. (2004). Les patientes homosexuelles en gynécologie non heterosexual patients in gynaecology. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 32, pp.228-232.
37. Rankow, E. and Tessaro, I. (1998). Cervical cancer risk and Papanicolaou screening in a sample of lesbian and bisexual women. *Journal of Family Practice*, 47(2), p.139.
38. Jeffries, W. (2014). Sexual health among U.S men who have sex with men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), pp.320-329.
39. Poynten, I., Waterboer, T., Jin, F. and Templeton, D. (2013). Human papillomavirus types 6 and 11 seropositivity: risk factors and association with ano-genital warts among homosexual men. *Journal of Infection*, 66, pp.503-511.
40. McRee, A., Katz, M. and Paskett, E. (2014). HPV vaccination among lesbian and bisexual women: Findings from a national survey of young adults. *Vaccine*, 32(37), pp.4736-4742.
41. Agénor, M. and Bailey, Z. (2015). Exploring the Cervical Cancer Screening experiences of black lesbian, bisexual and queer women: the role of patient-provider communication. *Women & Health*, 55, pp.717-736.
42. McNair, R. (2003). Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. *Sexuality*, 178, pp.643-645.
43. Hall, B., Howard, K. and McCaffery, K. (2008). Do cervical cancer screening patient information leaflets meet the HPV information needs of women?. *Patient Education and Counseling*, 72, pp.78-87.
44. Agénor, M., Krieger, N. and Austin, B. (2014). Sexual orientation disparities in Papanicolaou test use among US women: the role of sexual and reproductive health services. *American Journal of Public Health*, 104(2), pp.68-73.
45. Marrazzo, J., Stine, K. and Koutsky, L. (2000). Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a review. *American Journal of Obstetric and Gynaecologist*, 183(3), pp.770-774.
46. Matthews, A., Brandenburg, D. and Johnson, T. (2004). Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women. *Preventive Medicine*, 38, pp.105-113.

47. Diamant, A., Schuster, M. and Lever, J. (2000). Receipt of Preventive Health Care Services by Lesbians. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(3), pp.141-148.
48. Guerra, F. and Bencini, L. (2016). Perceptions and patterns of cervical cancer screening among predominately Hispanic women who have sex with women: a cross-sectional study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductor Biology*, 198, pp.163-164.
49. Dolan, K. and Davis, P. (2003). Nuances and shifts in lesbian women's constructions of STI and HIV vulnerability. *Social Science & Medicine*, 57, pp.25-38.
50. Agénor, M., Krieger, N., Austin, B., Haneuse, S. and Gottlieb, B. (2014). At the intersection of sexual orientation, race/ethnicity, and cervical cancer screening: assessing Pap test use disparities by sex of sexual partners among black, latina, and white U.S. women. *Social Science & Medicine*, 116, pp.110-118.
51. Agénor, M., Peitzmeier, S. and Gordon, A. (2015). Sexual orientation identity disparities in awareness and initiation of the Human Papillomavirus Vaccine among U.S. women and girls. *Annals of Internal Medicine*, 163(2), pp.99-109.
52. Novoa, R. (2004). Análisis coste-efectividad del programa de detección sistemática del cáncer cervical en la región del Algarve, Portugal. *Revista Española de Salud Pública*, 78, pp.341-353.
53. Instituto Nacional de Estadística. Ine.es. (2016). Padrón municipal 2015. Población por provincias y sexo. Provincia de Santa Cruz de Tenerife. [en línea] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2852> [Acceso el 28 de Mayo de 2016].

7. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario

Como se le especificó en el Consentimiento informado previo a este cuestionario, a continuación se le realizarán preguntas sobre su vida privada, sobre sus comportamientos sexuales y conocimientos sobre algunas enfermedades y prevención. Recuerde que es totalmente voluntario y anónimo, y como recoge la Ley Orgánica de Protección de Datos (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99), los datos aquí rellenados no serán utilizados para ningún otro efecto, ni serán divulgados para otros estudios. En caso de sentirse incomoda con las siguientes preguntas, es libre de abandonar el estudio cuando usted decida.

Perfil sociodemográfico	Respuesta
1. Sexo Especifique si es transgénero o transexual	
2. Edad	
3. Orientación sexual	
4. Ciudad de nacimiento Especifique el país	
5. Ciudad actual	
6. Estado civil	
7. ¿Con quién vive?	
8. Nivel académico	
9. Ocupación	
10. ¿Tiene seguro médico? Especifique cual	
11. ¿Tiene hijos?	

Rellene el recuadro (Sí, No o NC) con una cruz según corresponda.

Mantenimiento de la salud	Sí	No	NC*
12. ¿Mantiene una dieta adecuada?			
13. ¿Realiza actividad física regularmente?			
14. ¿Fuma? Especifique cuantos cigarros al día:			
15. ¿Consume alcohol?			

Especifique cuantas copas al día:			
16. ¿Consume algún tipo de droga? Especifique cual:			
17. ¿Acude al médico con regularidad?			
18. En el último año, ¿se ha realizado alguna analítica de sangre?			
19. ¿Está vacunada correctamente?			
20. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad que considere necesario contar? Especifique cual:			
21. ¿En su familia existen antecedentes de cáncer? Especifique cual:			
22. ¿Ha estado alguna vez embarazada?			
23. ¿Se ha realizado algún aborto?			
24. ¿Utiliza anticonceptivos orales, anillo vaginal o algún otro método anticonceptivo a parte del preservativo?			
25. ¿Ha acudido alguna vez al ginecólogo o a la matrona?			
26. ¿Se ha realizado alguna citología?			

*No contesta

Los siguientes apartados incluyen preguntas íntimas sobre sus prácticas sexuales. Alternan preguntas para rellenar y otras para marcar una opción correcta entre varias.

Comportamiento sexual

27. ¿A qué edad le vino la primera regla?

- a. Antes de los 10 años. b. Entre los 11-13 años.
c. Entre los 14-16 años. d. Después de los 17 años.

28. ¿Ha mantenido relaciones sexuales?

- a. Sí. b. No.

29. ¿A qué edad mantuvo su primera relación sexual?

- a. Antes de los 13 años. b. Entre los 14-16 años.
c. Entre los 17-18 años. d. Después de los 19 años.

30. ¿Su primera relación sexual fue con un hombre o con una mujer?

- a. Hombre. b. Mujer.

31. ¿Utilizó método anticonceptivo en su primera relación sexual?

- a. Sí, con un hombre. b. No, con un hombre.
c. Sí, con una mujer. d. No, con una mujer.

27. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?

- a. Menos de 5. b. Entre 6-10.
c. Entre 11-15. d. Más de 16.

28. ¿Actualmente tiene pareja estable?

- a. Sí, un hombre. b. Sí, una mujer.
c. No, pero tengo varias parejas sexuales. d. No, ni tengo parejas sexuales.

29. ¿Utiliza métodos de protección con los hombres con quienes mantiene relaciones sexuales?

- a. Sí, siempre. b. Sólo en la penetración.
c. A veces. d. No.

31. ¿Se ha sentido obligada o incómoda en algún encuentro?

- a. Sí, una vez. b. Sí, varias veces.
c. No. d. No contesta.

32. ¿Ha mantenido relaciones sexuales con hombres bajo los efectos del alcohol?
(Especifique método de protección)

- a. Sí, utilizamos preservativo. b. Sí, pero no utilizamos protección.
c. No recuerdo. d. Nunca he mantenido relaciones bajo los efectos del alcohol.

33. ¿Ha mantenido relaciones sexuales con hombres bajo los efectos de alguna droga?
(Especifique método de protección).

- a. Sí, utilizamos preservativo. b. Sí, pero no utilizamos protección.

- c. No recuerdo. d. Nunca he mantenido relaciones bajo los efectos de la droga.
34. ¿Ha mantenido relaciones sexuales con más de tres hombres en los últimos 6 meses?
- a. Sí, con más de 3. b. Sí, pero no recuerdo el número.
- c. No. d. No contesta.
35. ¿Realiza sexo oral genital con hombres?
- a. Sí, con protección. b. Sí, sin protección.
- c. No. d. No contesta.
36. ¿Realiza sexo oral anal con hombres?
- a. Sí, con protección. b. Sí, sin protección.
- c. No. d. No contesta.
37. ¿Realiza prácticas con penetración con hombres?
- a. Sí, con protección. b. Sí, sin protección.
- c. No. d. No contesta.
38. ¿Ha mantenido relaciones con más de una persona a la vez?
- a. Si, con protección. b. Si, sin protección.
- c. No. d. No contesta.
39. ¿Cuántas compañeras sexuales ha tenido?
- a. Menos de 5. b. Entre 6-10.
- c. Entre 11-15. d. Más de 16.
40. ¿Ha mantenido relaciones sexuales con más de 3 mujeres en los últimos 6 meses?
- a. Sí, con más de 3. b. Sí, pero no recuerdo el número.
- c. No. d. No contesta.
41. ¿Utiliza métodos de protección con las mujeres con quienes mantiene relaciones sexuales?
- a. Sí, siempre. b. Sí, a veces.

c. No. d. No contesta.

42. ¿Ha mantenido relaciones sexuales con mujeres bajo los efectos del alcohol? ¿Ha utilizado métodos de protección?

a. Sí, utilizamos métodos de protección. b. Sí, pero no utilizamos protección.

c. No recuerdo. d. Nunca he mantenido relaciones bajo los efectos del alcohol.

43. ¿Ha mantenido relaciones sexuales con mujeres bajo los efectos de alguna droga? ¿Ha utilizado métodos de protección?

a. Sí, utilizamos métodos de protección. b. Sí, pero no utilizamos protección.

c. No recuerdo. d. Nunca he mantenido relaciones bajo los efectos de la droga.

44. ¿Realiza sexo oral genital?

a. Sí, con protección. b. Sí, sin protección.

c. No. d. No contesta.

45. ¿Realiza sexo oral anal?

a. Sí, con protección. b. Sí, sin protección.

c. No. d. No contesta.

46. ¿Realiza prácticas con penetración?

a. Sí, con protección. b. Sí, sin protección.

c. No. d. No contesta.

47. ¿Utiliza juguetes sexuales?

a. Sí, con protección. b. Sí, sin protección.

c. No. d. No contesta.

48. ¿Ha utilizado esos juguetes con más de una pareja sexual?

a. Sí, con protección. b. Sí, sin protección.

c. No. d. No contesta.

49. ¿Ha mantenido relaciones sexuales con más de una mujer a la vez?

- a. Sí, con protección. b. Sí, sin protección.
c. No. d. No contesta.

Seleccione la opción correcta de las siguientes cuestiones:

Transmisión

50. ¿Ha oído hablar alguna vez del Virus del Papiloma Humano (VPH)?

- a. Sí. b. No.

51. ¿Cuál es el signo o síntoma característico del VPH?

- a. Sangrado genital. b. Flujo espeso.
c. Verrugas genitales. d. Todas son correctas.

52. ¿Cuánto tarda en aparecer esos signos?

- a. En el momento del contagio. b. Entre los 6 meses y 2 años después del contagio.
c. Puede ocurrir que no haya expresión física del virus. d. B y C son correctas.

53. ¿Cuál es la forma más común de contagio?

- a. Por contacto sexual. b. Por aire.
c. Por compartir utensilios como tenedores o cucharas. d. Por abrazos.

54. ¿En que otras zonas puedes provocar lesiones?

- a. No puede provocar lesiones en otras zonas. b. En orofaringe.
c. Depende del serotipo del VPH contagiado. d. B y C son correctas.

55. ¿Sabe la forma de detectarlo?

- a. Por citología exfoliativa o Papanicolau. b. Por analítica sanguínea.
c. No hay forma de detectarlo. d. Todas son correctas.

56. ¿Qué relación tiene con el cáncer de cérvix?

- a. No tiene relación. b. Algunos serotipos evolucionan a lesiones neoplásicas.

c. Todos los serotipos evolucionan a lesiones neoplásicas. d. Ninguna es correcta.

57. ¿Cuánto tarda en desarrollarse?

- a. 6 meses. b. No tiene relación el VPH con el cáncer de cérvix.
c. Entre 15 y 20 años tras la aparición de las lesiones precancerosas. d. 2 años.

58. ¿Ocurre con todos los serotipos?

- a. Sí. b. No, ocurre con el 16, 18 y el 66.
c. No, ocurre con el 11 y el 22.

59. Si mantengo relaciones sexuales con mujeres, ¿puedo contagiarme del VPH?

- a. Sí. b. No.

60. Si mantengo relaciones sexuales con mujeres y hombres, ¿aumenta la probabilidad de contagio?

- a. Sí. b. No.

61. ¿Se puede contagiar si comparto juguete sexual?

- a. Sí. b. No.

Prevención

62. ¿Protege el preservativo al 100%?

- a. Si. b. No, protege sobre el 70%.

63. ¿Cómo puedo prevenir el contagio si mantengo relaciones sexuales con mujeres?

- a. No se contagia el VPH entre mujeres.
b. Utilizando métodos de barrera como dedos de látex.
c. Abriendo un preservativo por la mitad y colocándolo sobre los genitales.
d. B y C son correctas.

64. ¿Cuándo se recomienda empezar los controles?

a. Cuando vayas a quedarte embarazada. b. Tras la primera relación sexual o a los 3 años.

c. A los 25 años.

d. Cuando note un flujo vaginal diferente.

65. Llevo años con mi pareja, ¿puedo contagiarme del VPH?

a. Si, ya que se debe tener en cuenta sus parejas sexuales anteriores.

b. No.

c. Si, si sus ex parejas sexuales eran hombres.

d. Si, si sus ex parejas sexuales eran mujeres

66. ¿Dónde puedo realizarme los controles?

a. Exclusivamente en la consulta de ginecología.

b. Exclusivamente en la consulta de la matrona.

c. En urgencias.

d. En las consultas de matronas de los centros de salud y en las de ginecología.

67. ¿Con qué frecuencia debo realizarme las pruebas?

a. Una vez al año durante toda la vida.

b. Una cada 2 años.

c. Dos consecutivas negativas y después una cada 3 años.

d. Cuando lo crea necesario.

68. ¿Existe tratamiento del VPH?

a. Si.

b. No.

c. No, pero hay métodos de prevención, entre ellas, las vacunas.

d. A y B son correctas.

Rellene el recuadro (Si, No o NC) con una cruz según corresponda:

Experiencias previas	Si	No	NC
69. ¿Ha sido diagnosticada de alguna infección de transmisión sexual? Especifique cual:			
70. -¿Sabe el personal sanitario de su centro de salud su orientación sexual? Especifique la razón:			
71. ¿Se ha sentido discriminada por su orientación sexual en los centros de salud?			
72. A lo largo de su vida, ¿ha recibido charlas de prevención del VPH y detección precoz del cáncer de cérvix?			
73. ¿Le resulta fácil encontrar información específica de prevención para mujeres que mantienen relaciones con mujeres?			
74. ¿Ha tenido una mala experiencia en la consulta de ginecología o de matrona? Especifique cual:			
75. ¿Cree necesario acudir a los controles si ha tenido pocas parejas sexuales?			
76. ¿Cree que es necesario si no ha mantenido nunca relaciones sexuales con hombres?			
77. ¿Cree que usted puede contagiarse?			
78. ¿Conoce a alguien que haya sido diagnosticado con VPH?			
79. ¿Su médico le ha recomendado vacunarse del VPH?			

*No contesta