



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**PREVALENCIA DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN
MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD CHANCAS DE ANDAHUAYLAS – SANTA
ANITA – PERÚ, 2022**

**Línea de Investigación:
Salud Pública**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

Robles Palacios, Fiorella Valeria

Asesora:

Mendez Campos, Julia Honorata

(ORCID: 0009-0008-0137-4836)

Lima – Perú

2023

DEDICATORIA

A mi hija Emilia y a mi madre Melba Palacios, por ser mi fuerza y motor ante cada logro que deseo alcanzar en mi vida académica.

Y a mi tía Nelly Palacios, quien ha sido una segunda madre para mí y me ha brindado todo su amor, dedicación y apoyo durante toda la carrera.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de Virus del papiloma humano (VPH) en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú, 2022.

Método: El estudio es de diseño descriptivo, retrospectivo, observacional, cuantitativo y sin manipulación de variables; la investigación se llevó a cabo en un centro de salud nivel I-3 del distrito de Santa Anita, se utilizó el registro de historias clínicas del servicio de obstetricia de pacientes mujeres sexualmente activas que fueron atendidas en el año 2022 y se ejecutó el análisis de los datos obtenidos con el software estadístico Stata versión 15.1. **Resultados:** Del total de 141 mujeres que se realizaron la prueba molecular de VPH la edad mediana fue 39 [35-44] años, la mayoría (69,5%) de mujeres eran solteras, más de la mitad (61,7%) contaban con nivel de educación secundaria, el 65,9% refirió haber tenido 3 o menos parejas sexuales, respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales el mayor grupo fue de 16 a 17 años (40.5%), el 61% indicó tener de 1 a 2 hijos, respecto al Papanicolau el 57,5% contaba con un resultado anormal y finalmente el 48,2% del total de pacientes incluidas en el estudio fueron positivas a VPH en la prueba molecular. **Conclusiones:** Se concluye que existe una prevalencia de VPH del 48,2% en pacientes mujeres sexualmente activas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas durante el año 2022.

Palabras clave: *Virus del Papiloma Humano; prevalencia; Papanicolau, Atención Primaria de Salud*

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of Human Papillomavirus (HPV) in sexually active women attended at the “Chancas de Andahuaylas” primary health center – Santa Anita – Peru, 2022. **Method:** The study is descriptive, retrospective, observational, quantitative and without manipulation of variables; the research was carried out in a level I-3 health center in the district of Santa Anita, the medical records of the obstetrics service of sexually active female patients who were treated in 2022 were used and the analysis of the data obtained was executed with the statistical software Stata version 15.1. **Results:** Of the total of 141 women who underwent HPV molecular testing, the median age was 39 [35-44] years, most (69.5%) were single, more than half (61.7%) had a high school education, 65.9% reported having had 3 or fewer sexual partners, regarding the age at which sexual relations began, the largest group was between 16 and 17 years of age (40.5%), 61% reported having 1 to 2 children, 57.5% had an abnormal Pap smear result and finally 48.2% of the total patients included in the study were positive for HPV, 57.5% had an abnormal result, and 48.2% of the total patients included in the study were positive for HPV. 5%), 61% reported having 1 to 2 children, 57.5% had an abnormal Pap smear result and finally 48.2% of the total number of patients included in the study were positive for HPV in the molecular test. **Conclusions:** It is concluded that there is a prevalence of HPV of 48.2% in sexually active female patients in the Chancas Health Center of Andahuaylas during the year 2022.

Key words: Human Papillomavirus; prevalence; Papanicolau, Primary Health Care.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
I. INTRODUCCIÓN	7
1.1. Descripción del problema	8
1.2. Formulación del problema	9
1.2.1. <i>Problema general</i>	9
1.2.2. <i>Problemas específicos</i>	9
1.3. Antecedentes	10
1.3.1. <i>Internacionales</i>	10
1.3.2. <i>Nacionales</i>	11
1.4. Objetivos	13
1.4.1. <i>Objetivo general</i>	13
1.4.2. <i>Objetivos específicos</i>	13
1.5. Justificación	13
1.6. Hipótesis	14
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	15
2.1.1. <i>Virus del papiloma humano</i>	15
2.1.2. <i>Clasificación del VPH</i>	16
2.1.3. <i>Transmisión del VPH</i>	17
2.1.4. <i>Historia natural del VPH en CCU y otras enfermedades</i>	17
2.1.5. <i>Tamizaje y diagnóstico</i>	21
2.1.6. <i>Tratamiento</i>	22
III. MÉTODO	24
3.1. Tipo de investigación	24
3.2. Ámbito temporal y espacial	24
3.3. Variables	24
3.3.1. <i>Variable dependiente</i>	24
3.3.2. <i>Variables independientes</i>	24
3.4. Población y muestra	25
3.5. Instrumentos	26

3.6. Procedimientos	27
3.7. Análisis de datos	27
3.8. Consideraciones éticas	28
IV. RESULTADOS	29
4.1. Población analizada en base a los objetivos específicos	33
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	38
VI. CONCLUSIONES	40
VII. RECOMENDACIONES	41
VIII. REFERENCIAS	42
IX. ANEXOS	48
9.1. Anexo A. Matriz de consistencia	48
9.2. Anexo B. Operacionalización de variables	49
9.3. Anexo C. Ficha de recolección de datos	50
9.4. Anexo D. Certificado de validez de contenido del instrumento	51

I. INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano (VPH) se reconoce como el factor primordial en la etiología del cáncer de cuello uterino (CCU), siendo su principal modo de transmisión mediante el contacto sexual (Balasubramaniam et al., 2019). El CCU atribuido al VPH representa la segunda causa de mortalidad en mujeres de naciones con ingresos medios y bajos (Sung et al., 2021).

La capacidad oncogénica del VPH está vinculada al serotipo del virus, que se clasifica en bajo riesgo (serotipos 6 y 11) y alto riesgo (principalmente los serotipos 16 y 18) (Bouvard et al., 2009). Según la literatura, se ha observado una mayor prevalencia de VPH de alto riesgo en mujeres de entre 25 y 35 años, mientras que la persistencia del virus y la incidencia de CCU tienden a ocurrir en edades comprendidas entre los 55 y 65 años (Sichero et al., 2020). Aunque la mortalidad por CCU varía en Latinoamérica, en Perú se observa una tendencia descendente en comparación con otros países de América del Sur (Torres-Roman et al., 2022).

A pesar de la reducción de la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino (CCU) en Perú, es importante destacar que la detección de la prevalencia del virus del papiloma humano (VPH) varía en diferentes regiones, según investigaciones recientes (Pilleron et al., 2020). Sorprendentemente, investigaciones realizadas en diversas provincias del país indican que menos de un tercio de las pruebas de VPH resultan positivas (Del Valle-Mendoza et al., 2021; Iglesias Osos, 2020; Ponce-Benavente et al., 2018). Sin embargo, en la ciudad de Lima, más de un tercio de las muestras recolectadas arrojan resultados positivos, independientemente de la edad (Barrón Caldas, 2022; Gonzales Rivas, 2022). Estos hallazgos resaltan la variabilidad geográfica en la prevalencia del VPH en Perú, lo cual puede tener implicaciones importantes para las estrategias de prevención y detección temprana del CCU.

En los estudios realizados en Lima metropolitana muy pocos se han enfocado en el nivel primario I-3 (Barrón Caldas, 2022). El Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, el cual forma parte de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este (DIRIS Lima Este) es un control nivel I-3 y se encuentra ubicado en el distrito de Santa Anita.

1.1. Descripción del problema

El virus del papiloma humano (VPH) es un virus transmitido por contacto de piel o mucosa que puede afectar diversas partes del cuerpo, causando cáncer de cuello uterino, anogenital, cabeza y cuello, piel, entre otros, así como otras enfermedades no cancerígenas (zur Hausen, 2009).

En el Perú, se ha observado una prevalencia significativa de VPH entre las mujeres. Estudios han revelado que el 6.6% de las mujeres con resultados normales en la prueba de PAP presentan infección por VPH, mientras que el 27.3% de aquellas con LIE de bajo grado y el 53.1% de las afectadas por LIE de alto grado también están infectadas con VPH en su forma oncogénica (de Sanjosé et al., 2007). A pesar de esto, Lima Metropolitana ha experimentado una disminución en la incidencia de cáncer de cuello uterino en las últimas cuatro décadas, registrando una tasa no superior a 25 casos por cada 100,000 mujeres en el año 2012 (Revilla T, 2021).

En diferentes regiones del país, diversos estudios han examinado la prevalencia de VPH. Por ejemplo, Ponce-Benavente et al. (2018) llevaron a cabo una investigación en un hospital regional de Cajamarca, encontrando que aproximadamente un tercio de las muestras estudiadas presentaban la presencia de VPH, de las cuales más de la mitad eran de alto riesgo para el desarrollo de CCU. Iglesias-Osores (2020) realizó un estudio en un hospital regional de Lambayeque, encontrando que durante un bimestre del año 2019, el 29.94% de las muestras

recolectadas de mujeres resultaron positivas para VPH. Del Valle-Mendoza et al. (2021), en un estudio de mayor escala realizado en Cajamarca, recolectaron 524 muestras de endocérvix de mujeres sanas, encontrando que el 19% de ellas eran positivas para VPH. Además, en el Hospital 2 de Mayo de Lima, (Gonzales Rivas, 2022) identificó que el 45% de las muestras de PAP positivo también mostraban presencia de VPH de alto riesgo.

A pesar de la abundante literatura científica sobre la prevalencia del VPH y sus serotipos, se ha observado una escasez de estudios que se hayan enfocado en el primer nivel de atención, donde actualmente se realizan pruebas diagnósticas de VPH. Sin embargo, en una tesis llevada a cabo por Barrón Caldas (2022) en un centro de salud en San Juan de Miraflores, Lima, se estudió la prevalencia de VPH en mujeres mayores de 25 años, encontrando una prevalencia del 33.5% en todas las edades.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la prevalencia del VPH en mujeres sexualmente activas atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas - Santa Anita - Perú, 2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de VPH por factores sociodemográficos en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú, 2022?
- ¿Cuál es la prevalencia de VPH por factores gineco-obstétricos en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú, 2022?
- ¿Cuál es la prevalencia de VPH por factores gineco-obstétricos en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú, 2022?

1.3. Antecedentes

1.3.1. Internacionales

Minchalo Muñoz et al. (2020) en Prevalencia de los Genotipos del Virus del Papiloma Humano en mujeres de 25 a 65 años; estudio descriptivo realizado en Ecuador con el objetivo de establecer la prevalencia de los genotipos del VPH en mujeres de 25 a 65 en un centro oncológico. De 594 casos, 318 eran casadas (53.3%), 159 segundíparas (26.8%), 424 VPH positivos (71.38%), de los cuales el 58% era de alto riesgo, 33% probable riesgo y 9% de bajo riesgo confirmado.

Toledo Jaramillo (2019) en Incidencia del virus del papiloma humano en usuarias del servicio de ginecología del centro de salud N°3 de la ciudad de Loja.; tesis desarrollada en Ecuador con el objetivo de determinar la incidencia del virus del papiloma humano en usuarias del servicio de ginecología del centro de salud N°3 de la ciudad de Loja a partir de cepillados endocervicales. Del total de 74 muestras se encontraron 34 muestras positivas (45%), según el grupo etario las mujeres entre 18 a 27 años tuvieron 19 (56%) casos positivos, las mujeres entre 28 a 37 años 8 (23%) casos positivos, 38 a 47 años 4 (12%) positivos, 48 a 57 años 2 (6%) positivos y mayores de 58 años 1 caso positivo.

García et al. (2017) en Prevalencia de virus del papiloma humano en mujeres españolas de un programa de cribado poblacional; estudio retrospectivo hecho en España con el objetivo de estimar la prevalencia de mujeres con infección por VPH, adheridas al Programa de Prevención y Detección precoz de Cáncer de cuello de útero de Castilla y León. Se incluyeron 120 326 frotis de cuello uterino recopiladas entre 2012 a 2014 de mujeres parte del programa ya mencionado. Del total de muestras 12 183 (9.6%) resultaron positivas a VPH de los cuales 7 489 (5.9%) fueron de alto riesgo, 2810 (2.2%) de bajo riesgo y 1483 (1.2%) de alto y bajo riesgo oncogénico.

Xu et al. (2017) en Prevalence characteristics of cervical human papillomavirus (HPV) genotypes in the Taizhou area, China: a cross-sectional study of 37 967 women from the general population; estudio transversal desarrollado en mujeres sanas entre 15 a 90 años de una provincia de China con el objetivo de estimar la prevalencia de genotipos de VPH entre los años 2012 a 2016. La prevalencia general de VPH fue de 22.8%, mientras que la prevalencia de VPH de alto riesgo fue de 14.2%, riesgo moderado fue de 5.7% y la presencia de ambos en 3%. El pico más alto de infección por edad fue de 41.6% en mujeres con 21 años, mientras que el segundo grupo etario entre 56 a 60 años fue de 28.5%.

1.3.2. Nacionales

Barrón (2022) en Prevalencia de virus del papiloma humano en mujeres entre 25 a 64 años atendidas en el centro de salud Jesús Poderoso – San Juan de Miraflores, 2021; tesis descriptiva cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de VPH. De 489 mujeres seleccionadas 164 (33.5%) resultaron positivas para VPH, donde el grupo etario con más prevalencia fueron mujeres entre 30 a 39 años con un 36.9%.

Gonzales Rivas (2022) en Prevalencia y tipos del virus papiloma humano oncogénicos en mujeres de 30 a 65 años Hospital nacional dos de mayo, 2018; tesis observacional descriptiva con el objetivo de determinar la prevalencia y tipos del VPH oncogénico en mujeres de 30 a 65 años. De 103 pacientes PAP positivo se identificó que 47 pacientes (45.7%) con genotipificación positiva para VPH de alto riesgo. Además, se encontró que del total de pacientes 40 (38.8%) presentaron ASCUS, 51 (49.5%) pacientes desarrollaron LSIL, 8 pacientes (7.8%) HSIL y 4 pacientes (3.9%) cáncer in situ.

Del Valle-Mendoza et al. (2021) en Prevalencia específica de genotipo de la infección por el virus del papiloma humano en mujeres peruanas asintomáticas: un estudio basado en la comunidad; estudio transversal realizado en Cajamarca con el objetivo de determinar la

prevalencia general y específica de del genotipo de VPH e identificar factores de riesgo. Se recolectaron 524 muestras de exo y endocérvix de mujeres sanas analizadas por PCR, 100 muestras (19%) resultaron positivas para VPH de las cuales 89 eran de alto riesgo. Los grupos etarios con mayor prevalencia fueron entre 26 a 35 años y 36 a 45 años con valores de 37 (37%) y 30 (39%), respectivamente. Las mujeres con dos o más parejas sexuales presentaron 83% positividad.

Iglesias Osoreo (2020) en Prevalencia de virus papiloma humano en pacientes de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Lambayeque, abril –mayo 2019; tesis descriptivo transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de VPH en pacientes de obstetricia y ginecología atendidos en el Hospital Regional de Lambayeque a partir de muestras de ADN de VPH utilizando el método salting out. De 186 muestras recolectadas se encontraron 53 (29.94%) casos positivos, con una media de 45 años, 1 pareja sexual y 2 partos vaginales. Además, se encontraron 23 pacientes con lesión cervical, 5 antecedentes de ITS, 135 anticonceptivo hormonal, 177 uso de condón y 22 fumadoras. No se encontraron correlaciones estadísticas entre el VPH y todas las variables mencionadas.

Ponce-Benavente et al. (2018) en Frecuencia y coinfección entre genotipos del virus del papiloma humano en una población de mujeres asintomáticas del norte del Perú; estudio desarrollado en Cajamarca durante el 2017 en mujeres atendidas en el servicio de ginecología de un hospital regional con el objetivo de describir la prevalencia de genotipos oncogénicos de VPH. De 397 mujeres estudiadas 121 (%) resultaron positivas para VPH de las cuales 77 (63.6%) era de alto riesgo, 28 (23.1%) oncogénicos y 16 (7.4%) de bajo riesgo. La coinfección no fue tan común, solo se observó en 12 casos.

1.4. Objetivos

1.4.1. *Objetivo general*

Determinar la prevalencia de VPH en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú, 2022

1.4.2. *Objetivos específicos*

- Determinar la prevalencia de VPH por factores sociodemográficos en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú, 2022
- Determinar la prevalencia de VPH por factores gineco-obstétricos en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú, 2022
- Determinar la prevalencia de VPH por resultado de PAP en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú, 2022

1.5. Justificación

La infección por el VPH en mujeres sexualmente activas representa un riesgo significativo para el desarrollo de diversas enfermedades, como el cáncer de cuello uterino, verrugas genitales, entre otras. En esta población femenina, el enfoque del tamizaje se centra en la detección temprana del VPH mediante muestras del cuello uterino para determinar la presencia del virus. Por tanto, es fundamental dirigir estas pruebas hacia los centros de salud de primer nivel de atención, donde se cuenta con personal capacitado. El Centro de Salud Chancas de Andahuaylas posee las condiciones necesarias y ha realizado regularmente estas pruebas, además de brindar un seguimiento continuo a las pacientes con factores de riesgo para controles posteriores.

Este estudio permite evaluar la capacidad de atención y detección del VPH en mujeres sexualmente activas atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas. A partir de los resultados obtenidos, nos posibilita redefinir estrategias de captación de pacientes mediante métodos como la promoción, la elaboración de infografías, charlas educativas en la sala de espera del centro de salud y la realización de campañas, que son enfoques reconocidos en el ámbito de la atención primaria.

No obstante, es importante destacar que la disponibilidad regular de los materiales necesarios para las pruebas de VPH puede ser un desafío debido a la demanda y la oferta limitada en ocasiones. Además, las metas establecidas para cada centro de salud exigen la realización de actividades dentro de un período determinado, lo que puede influir en que las pruebas se centren más en cumplir con el tiempo establecido que en la población objetivo con criterios adecuados y justificables para su realización.

En resumen, este estudio de tesis evalúa la prevalencia del VPH en mujeres sexualmente activas atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú durante el 2022, que permitirán analizar las estrategias de captación de paciente y desafíos en la prevención. Los resultados obtenidos contribuyen a revisar las estrategias de tamizaje de VPH y a mejorar la detección temprana de esta infección en el nivel de atención primaria.

1.6. Hipótesis

Este estudio no requiere la aplicación de una hipótesis debido a su naturaleza descriptiva.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

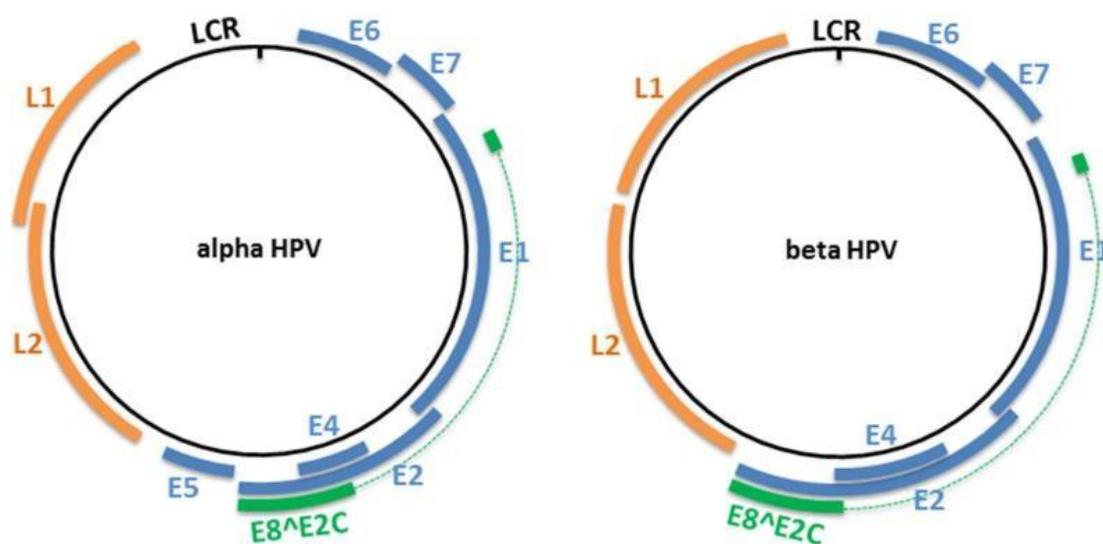
2.1.1. *Virus del papiloma humano*

El cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente asociado al VPH. Zur Hausen quien en su línea de investigación de virus oncogénicos ha sido quien aportó información sustancial para la etiología y el desarrollo de técnicas diagnósticas por lo que fue premiado con el premio nobel de medicina y fisiología en 2008 compartiéndolo con los Barré-Sinoussi y Montagnier por sus aportes en el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (zur Hausen & de Villiers, 1994).

Este virus es ADN de cadena doble no encapsulado de la familia Papillomaviridae (figura 01) (Bravo et al., 2010). Se han publicado más de 200 serotipos de VPH clasificados en grupos alpha (65 tipos), beta (54 tipos), gamma (99 tipos), mu (3 tipos) y nu (1 tipo) (Gheit, 2019).

Figura 1

Expresión viral del VPH de los grupos alfa y beta



Nota. En la figura se observa la conformación proteica del VPH de los grupos alfa y beta que son los más comunes y virulentos. Adaptado de “Mucosal and Cutaneous Human Papillomavirus Infections and Cancer Biology”, por Gheit, 2019, *Front Oncol*, 355 (9).

2.1.2. Clasificación del VPH

El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) clasifica a los papilomavirus en 3 grupos (Tabla 1). El primer grupo abarca a todos los serotipos de alto riesgo carcinógeno, mientras que el segundo grupo abarca a los virus clasificados como posible o probablemente carcinógeno mayormente identificados en verrugas o papilomas. Mientras que el tercer grupo contiene a los serotipos como no clasificables como carcinógeno para los humanos por poca evidencia epidemiológica. El serotipo 16 y 18 representan el 70% del CCU (Bouvard et al., 2009).

Tabla 1

Clasificación por la IARC según los tipos de VPH

Group	HPV types	Comments
Alpha HPV types		
1	16	Most potent HPV type, known to cause cancer at several sites
1	18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59	Sufficient evidence for cervical cancer
2A	68	Limited evidence in humans and strong mechanistic evidence for cervical cancer
2B	26, 53, 66, 67, 70, 73, 82	Limited evidence in humans for cervical cancer
2B	30, 34, 69, 85, 97	Classified by phylogenetic analogy to HPV types with sufficient or limited evidence in humans
3	6, 11	..
Beta HPV types		
2B	5 and 8	Limited evidence for skin cancer in patients with epidermodysplasia verruciformis
3	Other beta and gamma types	..

Nota. En la tabla se observa que la mayoría de grupos del VPH tienen la conformación proteica tipo alfa, siendo el grupo 1 como el más oncogénico seguido del grupo 2 como poco oncogénico y el 3 como no especificado o con poca evidencia. Tomado de *Human papillomavirus (HPV) types assessed by the IARC Monograph Working Group*, por Bouvard, 2009, A review of human carcinogens—Part B: biological agents.

2.1.3. Transmisión del VPH

Es conocido que la transmisión del VPH es por piel y mucosa, también se ha descrito en gestantes con bajo riesgo de VPH la transmisión materno-fetal vertical a sus hijos con VPH de alto riesgo, aunque el riesgo es relativamente bajo (Castellsagué et al., 2009).

La transmisión ocupacional en procedimientos ablativos y quirúrgicos como el generado por láser y LEEP se ha descrito en animales con verrugas en las vías respiratorias por VPH de alto riesgo y en algunos humanos, pero la evidencia actual es inconsistente y controvertida para determinar su transmisión por este medio (Fox-Lewis et al., 2020; Palma et al., 2021).

De los medios de transmisión antes descritos, el contacto sexual es el más común en la población adulta y pediátrica (Stevens-Simon et al., 2000).

2.1.4. Historia natural del VPH en CCU y otras enfermedades

El ingreso del VPH a través de las superficies epiteliales y mucosa cervical y orofaríngea es a través de microablaciones permitiendo la entrada del virus por rotura de epitelio no queratinizante (Ducatman, 2018).

Se ha planteado un ciclo de vida de cinco fases del VPH desde invasión por microablaciones desde la capa basal hasta el epitelio estratificado (figura 02):

Primera fase (infección y decapado): las células basales son infectadas por el VPH.

Segunda fase (mantenimiento del genoma): el número de copias se mantiene bajo con la expresión de proteínas E1 y E2.

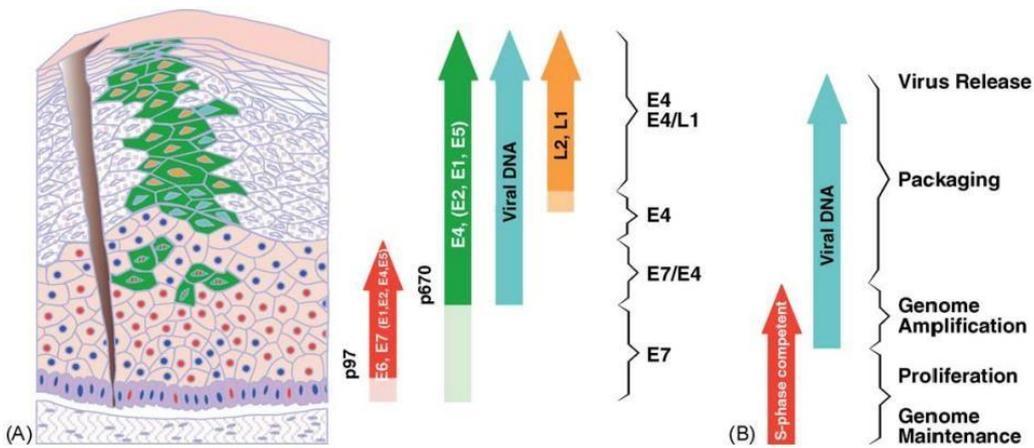
Tercera fase (fase proliferativa): la proliferación expresada por las proteínas E6 y E7 se lleva a cabo en las células parabasales.

Cuarta fase (amplificación del genoma): las proteínas E1, E2, E4 y E5 se expresan en las células suprabasales amplificano el genoma viral.

Quinta fase (síntesis viral): las proteínas L1 y L2 expresadas en las células epiteliales sintetizan y empaquetan nuevos virus liberándose cuando las células epiteliales mueren (Doorbar, 2005).

Figura 2

Ciclo de vida de la infección por VPH por grupo

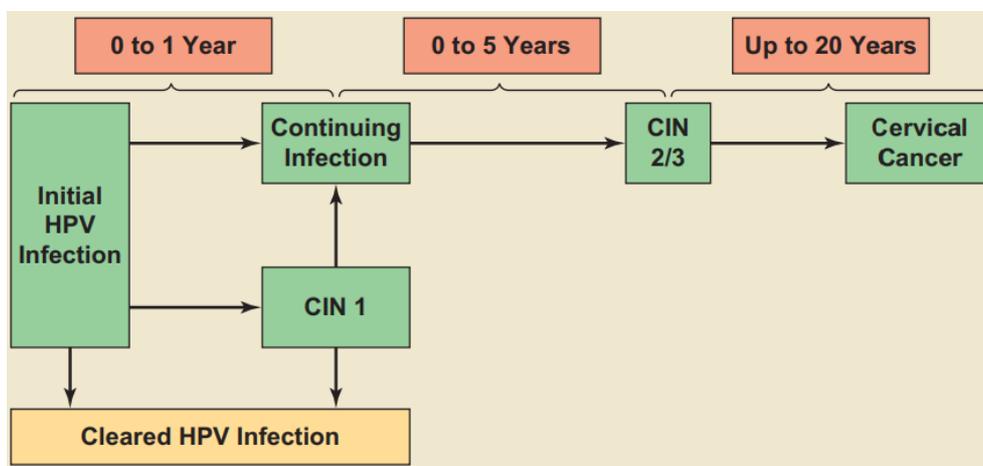


Nota. En la figura A se observa una esquematización de la infección por VPH con un corte como punto de entrada del VPH. La replicación comienza con pocas copias promovidos por la expresión del gen E6 y E7 para su ingreso al ciclo S del ciclo celular (células rojas). Las proteínas E1, 2, 4 y 5 aumentan en las capas superficiales (células verdes) facilitando la amplificación del genoma viral (células azules). En el lado B, la flecha roja indica la importancia de la replicación en el ciclo celular S que cuando se replica en las células superficiales fácilmente se distribuye por el medio. Tomado de “The papillomavirus life cycle”, por Doorbar, 2005, *Journal of Clinical Virology*, 32 Suppl 1.

El ciclo de vida anteriormente descrito ocurre por entre meses y años hasta la aparición de síntomas o signos comenzando con cambios celulares detectables en un examen citológico/microscópico (figura 03) (Braaten & Laufer, 2008).

Figura 3

Progresión de la historia natural del VPH en la neoplasia intraepitelial cervical



Nota. Se observa la progresión de la infección por VPH en el CCU. La infección inicial torna en un año y que potencialmente puede convertirse en NIC 1, en unos cinco años a NIC 2 y 3 y que posteriormente convertirse en un cáncer in situ. Tomado de “Human Papillomavirus (HPV), HPV-Related Disease, and the HPV Vaccine”, por Braaten y Laufer, 2008, *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 1 (1).

Dentro de la clasificación del cambio celular del curso del CCU se encuentran la terminología CIN enfocada en la descripción de la historia natural histopatológica y el sistema Bethesda que fue adoptado como una descripción citológica, las diferencias y comparaciones se encuentra en la siguiente tabla 2 (Wright, 2006).

Tabla 2

Tabla comparativa de los cambios celulares de hallazgos histológicos y citológicos

Dysplasia/carcinoma in situ	CIN terminology	Bethesda System for cytologic studies	Modified CIN terminology for histologic studies
Mild dysplasia	CIN 1	LSIL	Low-grade CIN (CIN 1)
Moderate dysplasia	CIN 2	HSIL	High-grade CIN (CIN 2,3)
Severe dysplasia	CIN 3		
Carcinoma in situ			
Invasive cancer	Invasive cancer	Invasive cancer	Invasive cancer

Abbreviations: CIN, cervical intraepithelial neoplasia; HSIL, high-grade squamous intraepithelial lesions; LSIL, low-grade squamous intraepithelial lesions.

Nota. Se muestra en la tabla el grado de displasia que coincide con la terminología histológica y el sistema Bethesda. El grado moderado de displasia corresponde a un NIC 1 y LSIL, cuando el grado de displasia es moderado se convierte en un NIC 2 y HSIL, mientras que en la displasia severa pasa a un NIC 3 pero sigue siendo HSIL. Tomado de “Pathology of HPV infection at the cytologic and histologic levels: Basis for a 2-tiered morphologic classification system”, por Wright, 2006, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 94 (Supplement 1).

Terminología de la neoplasia intraepitelial cervical enfocada en la lesión histológica:

NIC1: la displasia celular se observa en el 1/3 del fondo celular, aparición de coilocitos, acantosis del epitelio escamoso y proyecciones papilares con núcleos fibrovasculares centrales, lesión típica observable en condilomas.

NIC2: la displasia celular se observa en 2/3 del estrato celular, células basaloides inmaduras y mitosis que se extiende hasta la mitad superior del epitelio

NIC3: la displasia celular se observa en la totalidad del estrato celular Sistema Bethesda enfocada en la característica citológica:

LSIL: células epiteliales con núcleo es multinuclear, agrandado, hipercromático, con contorno irregular y halo perinuclear, estas características le otorgan el nombre de coilocitos.

HSIL: las células basaloides inmaduras tienen núcleo apiñado, pleomorfismo y pérdida de la polaridad con muy poco citoplasma. A mayor gravedad se observará un mayor número de células aneuploides (Wright, 2006).

La infección por VPH en cuello uterino es asintomática, pero puede producir lesiones que son observable bajo una colposcopia y otros métodos de tamizaje. LSIL sin sintomatología, pero observable bajo métodos de tamizaje en pocos casos. HSIL con poca sintomatología (sangrado anormal de muy bajo volumen en pocas ocasiones) y lesiones visibles bajo colposcopia. Cuando se encuentra en estadio avanzado podemos encontrar la sintomatología

clásica como sangrado postcoital tipo “lavado en carne” y dispareunia. Cuando la lesión se extiende hacia los parametrios se añade dolor abdominal bajo con anuria por obstrucción y retención urinaria. Si el compromiso es de pared pélvica ocasiona dolor lumbar y tenesmo.

2.1.5. Tamizaje y diagnóstico

Colposcopia. Se introduce un colposcopio de tamaño adecuado a la vagina para poder ver en mayores proporciones el cuello del útero y paredes de la vagina. La evaluación consta en la observación directa y descripción de los hallazgos macroscópicos bajo un gráfico circular de 4 cuadrantes. Esta técnica puede ser potenciada con el examen de inspección visual con ácido acético (IVAA), la toma de Papanicolaou (PAP) y la toma de muestra para la detección de VPH.

Inspección visual con ácido acético. La inspección visual con ácido acético o IVAA se realiza con espéculo y junto con hisopos o gasas remojadas bajo ácido acético al 5% es aplicado en el cérvix entre 30 a 60 segundos. Las lesiones tienden a cambiar a una coloración blanca que rodean el orificio del cuello, por ello es importante que todo el cuello haya estado bajo el contacto del ácido acético.

Prueba de Papanicolaou. La citología cervical o prueba de Papanicolaou (PAP) consiste en que con una espátula se raspa la zona de transformación en sentido horario y posteriormente con el cepillo se raspa el orificio cervical en sentido antihorario. Las secreciones o material recolectado con la espátula y cepillo tienen que ser colocados en una lámina de vidrio y debe ser fijada bajo alcohol inmediatamente realizado la prueba para luego de 30 minutos retirarlo y dejarlo secar. Esta prueba debe de ser realizada sin la presencia de la regla, que la mujer no haya tenido relaciones sexuales en las últimas 24 horas o que no se haya realizado duchas vaginales en el día de la evaluación. Posteriormente esta lámina será examinada bajo microscopio los cuales determinaran si es ASCUS, LSIL o HSIL.

Prueba molecular de detección de VPH. La prueba molecular para la detección del VPH es la prueba predilecta para detectarla, aunque no necesariamente indiquen el serotipo. La técnica consiste en identificar el ADN de VPH de alto riesgo en su mayoría. Esta prueba es más cara en comparación que las anteriores y es necesario que sea analizada en un laboratorio con personal capacitado y el equipo adecuado. Esta prueba se realiza como estrategia en el Perú a partir de 30 años a pesar de que se ha demostrado que los menores de 30 años tienen la mayor prevalencia de positividad (Ministerio de Salud, 2017).

2.1.6. Tratamiento

El tratamiento para la infección por VPH depende de la extensión de la enfermedad, el serotipo, historia natural y comorbilidades asociadas. Además, las lesiones cervicales pueden resolverse sin tratamiento, pero dependiendo del tipo de lesión y serotipo identificado.

En mujeres con LSIL en mujeres jóvenes la regresión al año es de 61% incrementando a 91% al tercer año de seguimiento (Moscicki et al., 2004). Además, se encontró que la progresión a CIN2 en mujeres con HSIL o ASCUS es similar en ambos casos (Cox et al., 2003). En mujeres jóvenes se ha observado que lesiones CIN 2 sin tratamiento al año hay una regresión de la lesión del 38% al año, 63% a los 2 y 68% al tercer año de seguimiento. Mientras que la regresión de VPH fue ligeramente menor. Sin embargo, la progresión a lesiones CIN 3 sin tratamiento al año fue de 2%, 12% a los 2 y 15 al tercer año (Moscicki et al., 2010).

Bajo este concepto y las pruebas de tamizaje y diagnóstico la estrategia de “ver y tratar” es la mejor recomendada para el manejo de lesiones cervicales tempranas.

El manejo de lesiones premalignas son la ablación y escisión. La crioterapia es un método ablativo que mediante la congelación bajo una criosonda con CO2 comprimido con N2O por 15 minutos se aplica en la lesión cervical. Posteriormente el epitelio congelado se regenera y la sintomatología es escasa (flujo vaginal aumentado o hemorragia en baja

cantidad). Este método será elegido sin el tamaño de la criosonda abarca la lesión encontrada. Si se sospecha que la lesión se extiende por el orificio o es más profunda, entonces el método de escisión es el de elección. Otro método ablativo es la termocoagulación, que bajo la misma idea se genera una temperatura suficiente para poder quemar la lesión a una temperatura tolerable bajo electricidad, este método es el más portable puesto que solo es necesario tener el dispositivo a la mano y no es necesario el uso de sustancias como N₂O o CO₂.

La escisión quirúrgica con asa de la zona de transformación (LEEP), es una escisión electroquirúrgica con un asa seccionando en forma de cono las lesiones del cuello y transición. Con esta técnica se puede utilizar para un estadiaje de la lesión bajo biopsia. Sin embargo, esta técnica está reservada para lesiones extensas en el cuello y en mujeres que no desean gestar (Ministerio de Salud, 2017).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Por el enfoque de la investigación: cuantitativa

Por el diseño de investigación: observacional

Por el análisis y el alcance de los resultados: descriptivo

Por la temporalidad en la recolección de datos: retrospectivo

3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación tiene como ámbito las pacientes sexualmente activas atendidas en los servicios de obstetricia del Centro de Salud Chanchas de Andahuaylas nivel I-3 atendidas entre enero a diciembre del 2022.

3.3. Variables

3.3.1. *Variable dependiente*

3.3.1.1. Prevalencia de VPH. Esta variable se definió como la proporción de casos de VPH detectados durante el periodo de estudio mediante prueba molecular realizada por cepillado cervical. Fue categorizada en negativo y positivo.

3.3.2. *Variables independientes*

3.3.2.1. Edad. Esta variable representa el tiempo de vida de la mujer desde el nacimiento. Se expresó como la mediana de la distribución de los datos de edad de las participantes.

3.3.2.2. Estado civil. La variable refleja la condición en la que la paciente se encuentra respecto a su situación sentimental. Se categorizó como soltera, casada, divorciada y viuda.

3.3.2.3. Grado de instrucción. Esta variable representa el máximo nivel educativo alcanzado a la culminación de sus estudios de acuerdo con el sistema de educación peruano.

3.3.2.4. Número de parejas sexuales. La variable expresa el número de personas con las que la participante tuvo relaciones sexuales por penetración, otra parte del cuerpo u objetos dentro de la vagina.

3.3.2.5. Inicio de relaciones sexuales. La variable indica la edad en la que la participante tuvo por primera vez coito.

3.3.2.6. Número de hijos. Esta variable refleja el número de hijos nacidos por vía vaginal o cesárea que en la actualidad se encuentren vivos o muertos. Se categorizó en cuatro grupos: cero, uno a dos, tres a cuatro y cinco o más hijos.

3.3.2.7. Resultado del test de PAP. Esta variable expresa el resultado de la prueba de citología realizada a la participante. Se clasificó en normal o anormal.

3.4. Población y muestra

La población de estudio estará compuesta por todas las mujeres que recibieron atención en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Chancas de Andahuaylas durante el año 2022, con un total de 382 pacientes.

El tamaño de muestra se calculó a partir de la fórmula para estudios descriptivos con una población finita. Siguiendo los criterios de inclusión, se consideraron 141 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Los criterios de selección fueron los siguientes:

- Mujer mayor de 20 años y menor de 65 años
- Mujer sexualmente activa
- Mujer que se haya realizado la prueba de PAP

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Mujeres con historias clínicas incompletas con los exámenes y pruebas solicitadas
- Mujeres con historias clínicas con letras no legibles en la atención realizada en el consultorio de obstetricia
- Mujeres con trastornos mentales diagnosticados con o sin tratamiento

3.5. Instrumentos

Para la recolección de los datos del estudio, se elaboró una ficha de recolección de datos de autoría propia. Esta ficha fue sometida a una evaluación por juicio de expertos para su validación. La evaluación fue realizada por tres expertos en el campo de la ginecología y obstetricia, quienes revisaron la ficha en base a su relevancia, coherencia y exhaustividad. Sus comentarios y sugerencias serán tomados en cuenta para mejorar y validar el instrumento final (ANEXO C y D).

El instrumento esta compuesto por las siguientes secciones (ANEXO B):

- Primera sección: variables sociodemográficas (edad, distrito, estado civil, grado de instrucción)
- Segunda sección: variables ginecobstétricas (parejas sexuales, inicio de relaciones sexuales, número de hijos)
- Tercera sección: pruebas de tamizaje y detección de VPH (VPH, PAP, resultado PAP, último PAP)

La ficha se recolectó de manera virtual mediante una hoja de macros codificada con el número de historia clínica para evitar duplicidad. Todos los datos recolectados se codificaron y almacenaron de manera segura para proteger la confidencialidad de la información de los pacientes. La investigadora fue responsable de la recolección de datos para garantizar la

coherencia en la recopilación de la información. Se realizó revisiones periódicas de la calidad de los datos para garantizar su consistencia y resolver cualquier discrepancia que pueda surgir durante el proceso de recolección.

3.6. Procedimientos

Para el estudio, en primer lugar, se solicitó permiso al director del centro de salud de Chancas de Andahuaylas. Esto se realizó mediante una carta de presentación y solicitud para la realización del estudio. Una vez obtenido el permiso, se acudió al servicio de estadística para solicitar el registro de las historias clínicas de las mujeres atendidas en obstetricia durante el año 2022. Las historias clínicas se seleccionaron usando un enfoque de muestreo por conveniencia, limitándose a aquellas mujeres que hayan tenido exámenes de VPH realizados durante el año en cuestión.

Para la recolección de los datos se empleó una ficha de recolección virtual. Esta ficha permitió registrar sistemáticamente la información relevante de las historias clínicas, incluyendo características sociodemográficas, ginecobstétricas y las pruebas de tamizaje y detección de VPH. Todos los datos fueron manejados con confidencialidad. Las historias se anonimizaron antes de la entrada de los datos para proteger la privacidad de las pacientes. Cuando se encontraron datos faltantes o inconsistentes en las historias clínicas, se hizo un seguimiento con el servicio de estadística o con el personal de archivo logrando resolver cualquier discrepancia y aclarando cualquier ambigüedad antes de incluir estos datos en el análisis del estudio.

3.7. Análisis de datos

La base de datos fue recogida en una hoja de Excel y examinada cuidadosamente para asegurar la calidad de los datos. Esto incluyó la comprobación y eliminación de cualquier dato duplicado, así como la revisión de variables incompletas que pudieron imposibilitar su análisis.

En cuanto al análisis descriptivo, se realizó una evaluación detallada de todas las variables de interés. Las frecuencias absolutas y relativas se calcularon y presentaron en forma de tabla. Adicionalmente, se examinaron patrones en la prevalencia de VPH en función de la edad y otros factores relevantes, y estos se presentan en forma de gráficos y tablas adicionales para facilitar la interpretación. Además, se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión, correspondientes a las variables cuantitativas. La elección del análisis estadístico fue en función de la distribución de los datos. Todo el análisis se realizó usando el software estadístico Stata versión 15.1.

3.8. Consideraciones éticas

La recolección de datos se realizó en estrictas medidas de confidencialidad. Las historias clínicas se codificaron durante el proceso de recolección de datos para evitar duplicidades y proteger la identidad de las pacientes. No se ha divulgado ninguna información que pueda potencialmente identificar a las pacientes de manera individual. Los datos recopilados se almacenaron de forma segura y solo tuvo acceso a ellos la investigadora del estudio. Todos los dispositivos electrónicos usados para almacenar y analizar los datos estuvieron protegidos con contraseñas.

IV. RESULTADOS

En el periodo 2022, se atendieron 382 pacientes mujeres sexualmente activas en el servicio de obstetricia del C.S. Chancas de Andahuaylas; solo al 41.8% (160) se les realizó la prueba molecular de VPH, de los cuales el 88,1% (141) cumplieron con los criterios de inclusión, por lo cual se recolectó la información de 141 historias clínicas.

Tabla 1. Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas - Santa Anita - Perú, 2022

VARIABLES	Total n= 141 n (%)
Edad	39 [35-44]
Estado civil	
– Soltera	98 (69,5)
– Casada	36 (25,5)
– Divorciada	7 (5,0)
– Viuda	0 (0)
Grado instrucción	
– Técnico o superior	30 (21,3)
– Secundaria	87 (61,7)
– Primaria	20 (14,2)
– No estudios	4 (2,8)
Parejas sexuales	
– 3 o menos	93 (65,9)
– Más de 3	48 (34,1)
Edad inicio RS	
– 20 años o más	25 (17,7)
– 18 a 19 años	47 (33,3)
– 16 a 17 años	57 (40,5)
– Menos de 16 años	12 (8,5)
Número de hijos	
– 0 hijos	21 (14,9)
– 1 a 2 hijos	86 (61,0)
– 3 a 4 hijos	28 (19,9)
– 5 o más hijos	6 (4,3)
PAP	
– Normal	81 (57,5)
– Anormal	60 (42,5)
VPH	
– Negativo	73 (51,8)
– Positivo	68 (48,2)

Fuente: Elaboración propia

RS: relaciones sexuales

PAP: Prueba de Papanicolaou

En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las pacientes sexualmente activas atendidas en el C.S en el 2022, en la cual encontramos que el

69,5% de las mujeres atendidas eran solteras, además resaltó que más de la mitad de las pacientes contaban con grado de instrucción en nivel secundaria (61,7%) seguido de grado Técnico o superior (21,3%) y primaria (14,2%).

Respecto al número de parejas sexuales el 65,9% de mujeres reportaron haber tenido 3 o menos parejas sexuales. Respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales resalta que el 57% de las pacientes manifestó haber iniciado su vida sexual a los 16 o 17 años.

En el ítem de número de hijos podemos destacar el 86% de pacientes que manifestaron tener de 1 a 2 hijos.

Respecto a la prueba de Papanicolau el 57,5 % resultaron normales y respecto a la prueba molecular de VPH el 51,8 % resultó negativo mientras que el 48,2% obtuvo un resultado positivo.

Tabla 2. Características comparativas entre las pacientes con resultado VPH positivo y VPH negativo de las mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas - Santa Anita - Perú, 2022

Variables	VPH positivo n= 68 n (%)	VPH negativo n= 73 n (%)	p valor
Edad	40,5 [35-45]	38 [34-42]	0,063
Estado civil			
Soltera	43 (63,3)	55 (75,3)	0,077
Casada	19 (27,9)	17 (23,3)	
Divorciada	6 (8,8)	1 (1,4)	
Viuda	0 (0)	0 (0)	
Grado instrucción			
Técnico o superior	19 (28,0)	11 (15,1)	0,232
Secundaria	40 (58,8)	47 (64,4)	
Primaria	7 (10,3)	13 (17,8)	
No estudios	2 (2,9)	2 (2,7)	
Parejas sexuales			
3 o menos	45 (66,2)	48 (65,8)	0,958
Más de 3	23 (33,8)	25 (34,3)	
Edad inicio RS			
20 años o más	14 (20,6)	11 (15,1)	0,008*

18 a 19 años	18 (26,5)	29 (39,7)	
16 a 17 años	25 (36,7)	32 (43,8)	
Menos de 16 años	11 (16,2)	1 (1,4)	
Número de hijos			
0 hijos	8 (11,7)	13 (17,8)	0,581
1 a 2 hijos	41 (60,3)	45 (61,7)	
3 a 4 hijos	15 (22,1)	13 (17,8)	
5 o más hijos	4 (5,9)	2 (2,7)	
PAP			
Normal	11 (16,2)	70 (95,9)	<0,001*
Anormal	57 (83,8)	3 (4,1)	

Fuente: Elaboración propia

RS: relaciones sexuales

PAP: Prueba de Papanicolaou

*p<0,05

En la tabla 2 se describen las características sociodemográficas y gineco-obstétricas comparativas entre las pacientes que obtuvieron un resultado positivo y las que obtuvieron un resultado negativo de la prueba molecular de VPH, en la cual resalta el resultado de la prueba de Papanicolaou anormal de 83,8 % en las pacientes con VPH positivo y solo el 3% en las pacientes con VPH negativo.

Tabla 3. Características comparativas por resultado de PAP de las mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas - Santa Anita - Perú, 2022

Variables	PAP anormal n= 60 n (%)	PAP normal n= 81 n (%)	p valor
Edad	39 [35-44]	40 [35-44]	0,063
Estado civil			
Soltera	38 (63,3)	60 (74,0)	0,193
Casada	17 (28,3)	19 (23,5)	
Divorciada	5 (8,3)	2 (2,5)	
Viuda	0 (0)	0 (0)	
Grado instrucción			
Técnico o superior	17 (28,3)	13 (16,0)	0,312
Secundaria	34 (56,7)	53 (65,4)	
Primaria	7 (11,7)	13 (16,1)	
No estudios	2 (3,3)	2 (2,5)	
Parejas sexuales			

3 o menos	43 (71,7)	50 (61,7)	0,218
Más de 3	17 (28,3)	31 (38,3)	
Edad inicio RS			
20 años o más	13 (21,7)	12 (14,8)	0,009*
18 a 19 años	15 (25,0)	32 (39,5)	
16 a 17 años	22 (36,7)	35 (43,2)	
Menos de 16 años	10 (16,6)	2 (2,5)	
Número de hijos			
0 hijos	8 (13,3)	13 (16,0)	0,665
1 a 2 hijos	37 (61,7)	49 (60,5)	
3 a 4 hijos	11 (18,3)	17 (21,0)	
5 o más hijos	4 (6,7)	2 (2,5)	
VPH			
Negativo	11 (16,2)	70 (95,9)	<0,001*
Positivo	57 (83,8)	3 (4,1)	

Fuente: Elaboración propia

RS: relaciones sexuales

PAP: Prueba de Papanicolaou

*p<0,05

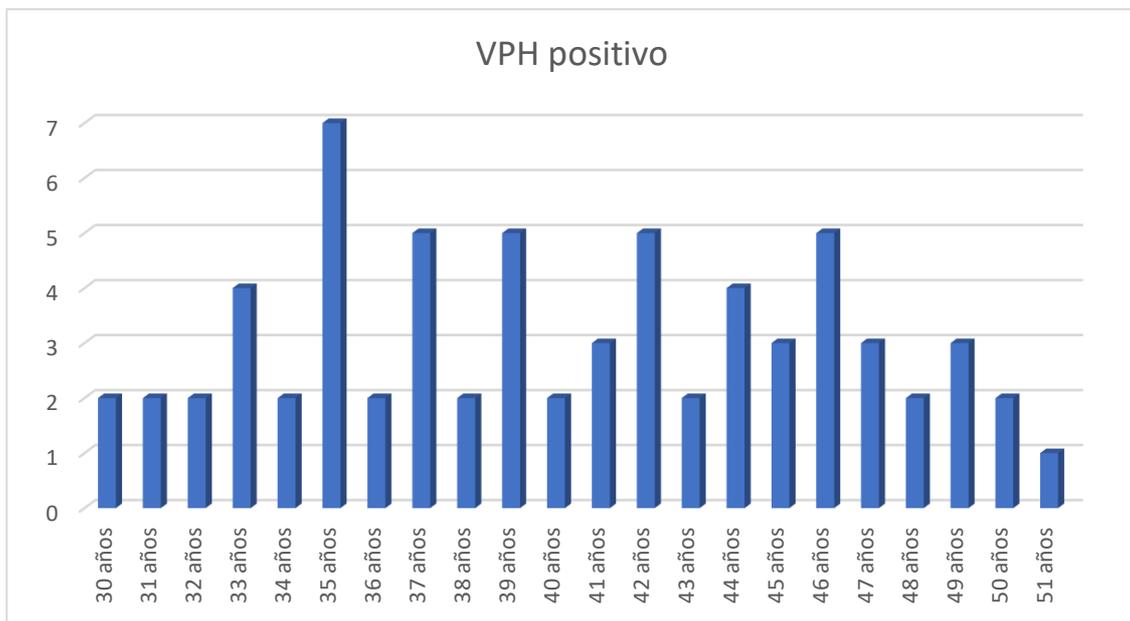
En la tabla 3 se describen las características sociodemográficas y gineco-obstétricas comparativas por resultado de PAP normal y anormal, en la cual resalta que las pacientes con edad de inicio de relaciones sexuales menor a 18 años obtuvieron un 78,3 % de prevalencia en PAP anormal. Se observa que el 83,8% de pacientes que obtuvieron un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou también obtuvieron un resultado positivo en la prueba molecular de VPH.

4.1. Población analizada en base a los objetivos específicos

"Determinar la prevalencia de VPH por factores sociodemográficos en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú, 2022"

Figura 1.

Distribución de pacientes con VPH positivo según el grupo etario de las mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas en el 2022

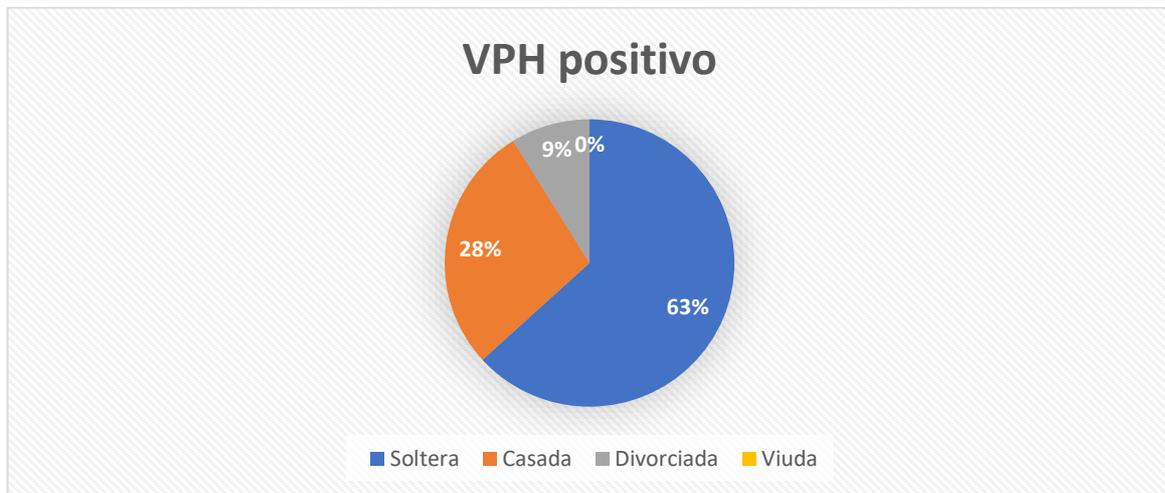


Fuente: Elaboración propia

En la Figura 1. se destaca que el grupo etario analizado va desde los 30 a los 51 años, con mayor prevalencia de VPH positivo fueron las pacientes con 35 años y el grupo con menor prevalencia fueron las pacientes de 51 años.

Figura 2.

Distribución de pacientes con VPH positivo según el estado civil de las mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas en el 2022

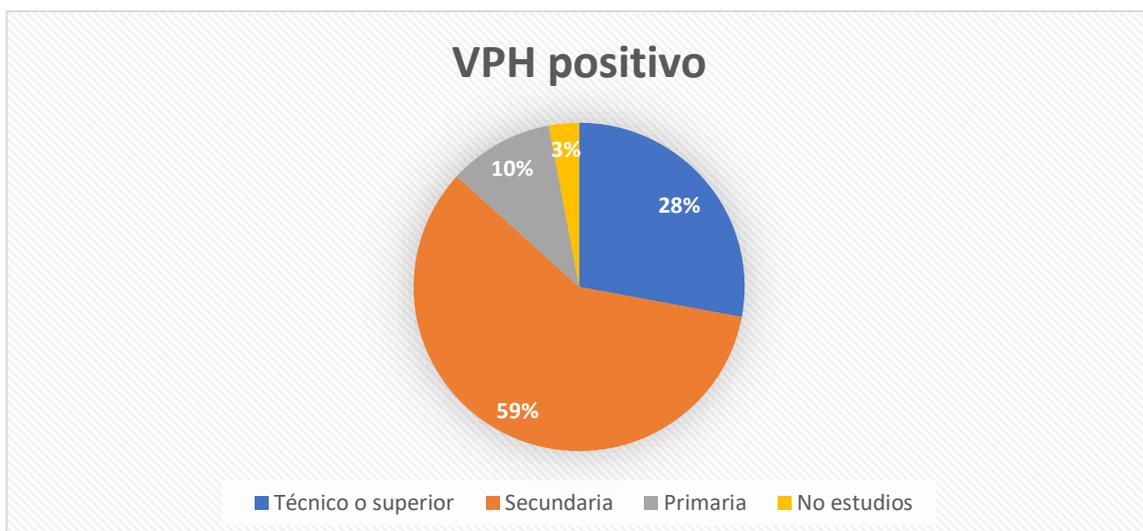


Fuente: Elaboración propia

En la figura 2 destaca la alta prevalencia (63%) del estado civil soltera en las pacientes con VPH positivo, seguido por el 28% que corresponde al estado civil casada, en tercer lugar el 9% en pacientes divorciadas y finalmente destaca el 0% de prevalencia de VPH en las pacientes viudas.

Figura 3.

Distribución de pacientes con VPH positivo según el grado de instrucción de las mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas en el 2022



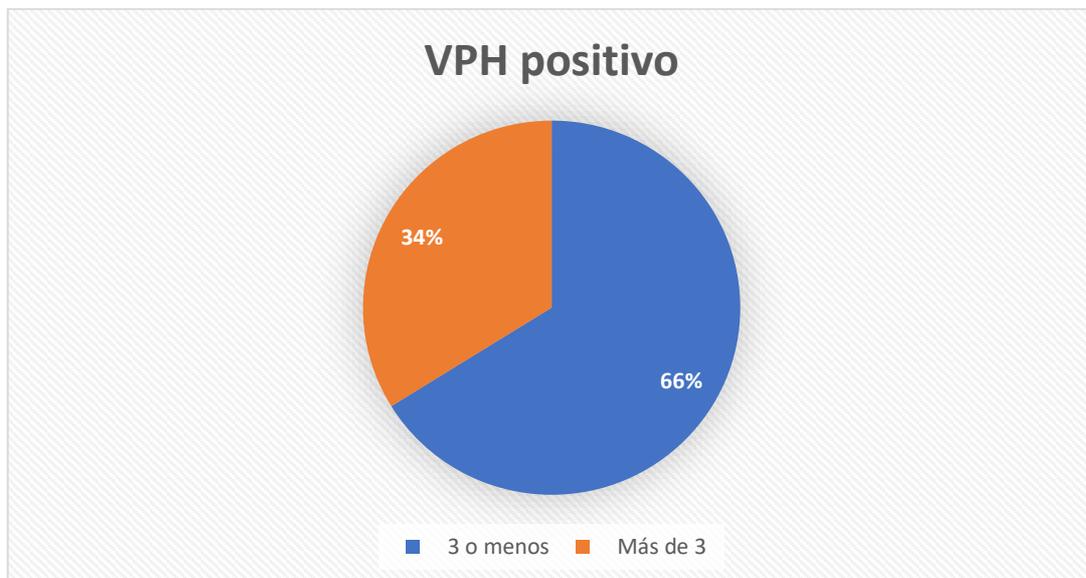
Fuente: Elaboración propia

En la figura 3 se observa que la mayor cantidad de pacientes cursaron hasta el nivel secundario (59%), las pacientes que tienen como nivel académico técnico o superior fueron el 28%, seguido por el 10% que cursó hasta el nivel primaria y finalmente el 3% de pacientes que no contaban con estudios académicos.

"Determinar la prevalencia de VPH por factores gineco-obstétricos en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú, 2022"

Figura 4.

Distribución de pacientes con VPH positivo según el número de parejas sexuales de las mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas en el 2022

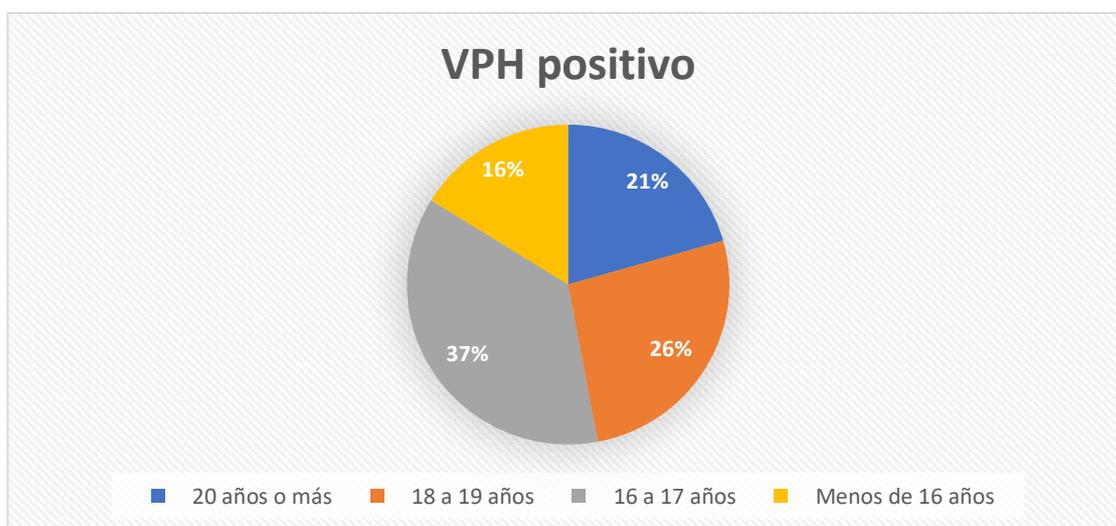


Fuente: Elaboración propia

En la figura 4 destaca que el 66% de las pacientes estudiadas refirieron haber tenido 3 o menos parejas sexuales, mientras que el 34% refirió más de 3 parejas sexuales.

Figura 5.

Distribución de pacientes con VPH positivo según la edad de inicio de relaciones sexuales de las mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas en el 2022

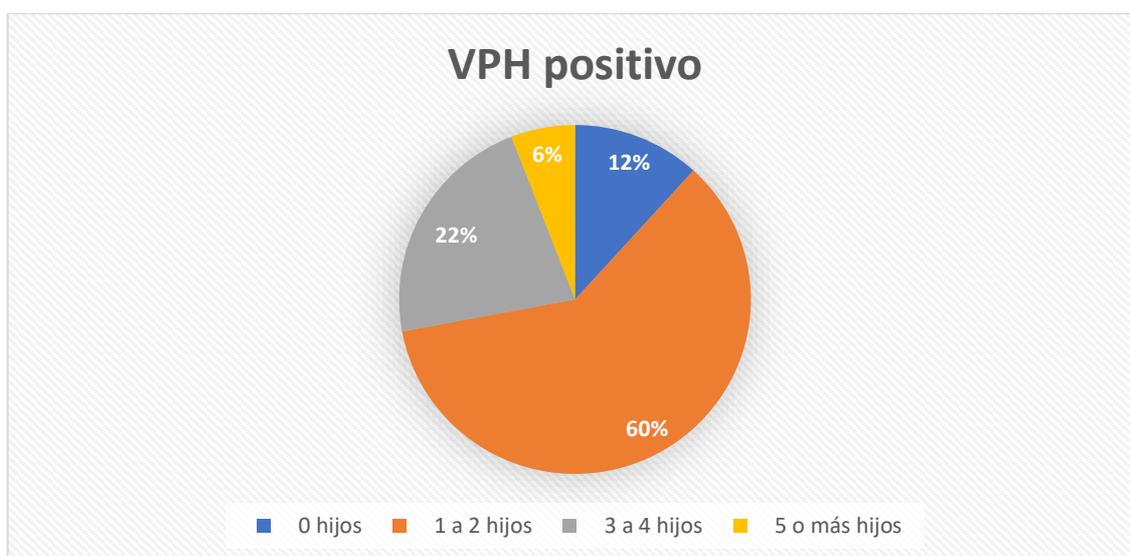


Fuente: Elaboración propia

En la figura 5 se observa que la mayor prevalencia de VPH positivo se obtuvo en las pacientes que iniciaron la vida sexual a los 16 o 17 años (37%), seguido de 18 a 19 años (26%), en tercer lugar las pacientes que refirieron haber iniciado de 20 años a más (21%) y finalmente las pacientes que iniciaron la vida sexual a menos de 16 años (16%).

Figura 6.

Distribución de pacientes con VPH positivo según el número de hijos de las mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas en el 2022



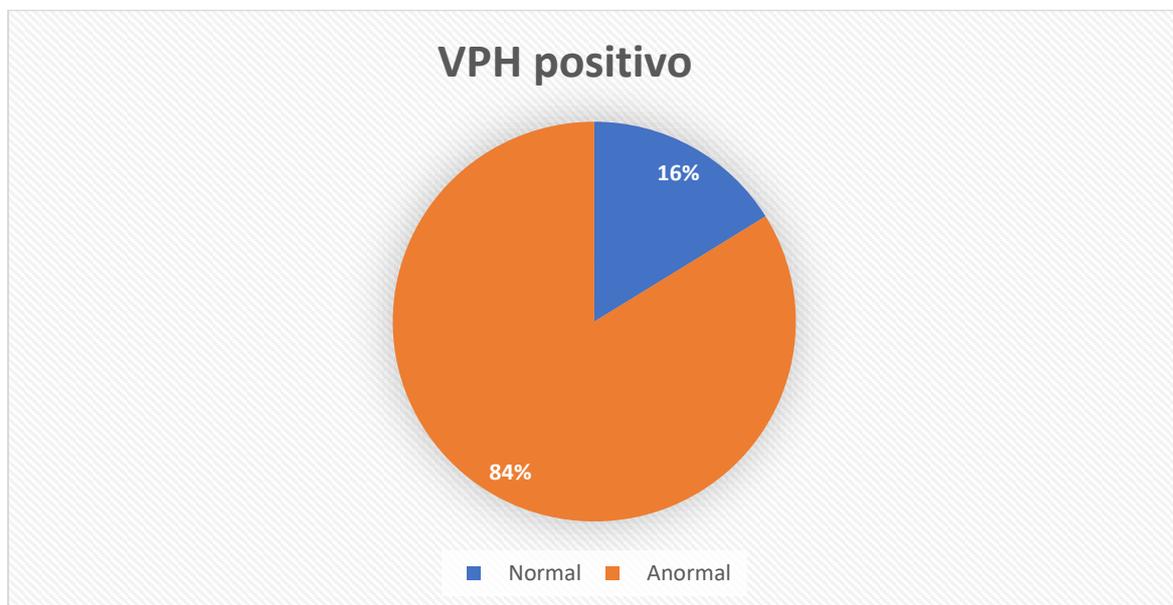
Fuente: Elaboración propia

En la figura 6 resalta que el 60 % de pacientes con resultado VPH positivo refirieron tener de 1 a 2 hijos, seguido con el 22 % por las pacientes con 3 a 4 hijos, en tercer lugar las pacientes que refirieron no tener hijos que corresponde al 12 % y finalmente las pacientes con 5 o más hijos con el 6%.

"Determinar la prevalencia de VPH por resultado de PAP en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú, 2022"

Figura 7.

Distribución de pacientes con VPH positivo según el resultado de PAP de las mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas en el 2022



Fuente: Elaboración propia

En la figura 7 destaca que entre las pacientes que obtuvieron una prueba molecular de VPH con resultado positivo, el 84% obtuvo un resultado anormal y que solo 16 % obtuvo un resultado normal.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación se buscó determinar la prevalencia de VPH en mujeres sexualmente activas atendidas en el centro de salud Chancas de Andahuaylas. Aproximadamente, el 48% de mujeres que se realizaron la prueba molecular de VPH resultaron positivas en el 2022. Podríamos afirmar que esta prevalencia se debe a que las pruebas moleculares de VPH en centros peruanos en el primer nivel de atención son limitadas y determinadas para una población con mayor riesgo como Lima que tiene la mayor prevalencia de mujeres VPH positivas del litoral (Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2020) y que en Lima la prevalencia de tamizaje es hasta 10 veces mayor que en otras regiones del país (Tokumoto-Valera et al., 2023). Además, en el centro de salud Chancas de Andahuaylas desde la mitad del 2021 se realizan constantes campañas de detección de VPH siendo considerado un centro de atención para diversas mujeres de Lima Este (Ministerio de Salud (MINSA), 2021). Estudios realizados en diversos establecimientos peruanos reportan resultados muy irregulares por regiones, los cuales no sobrepasa la tercera parte de mujeres VPH positivas a diferencia de nuestro estudio que es casi la mitad de mujeres positivas. Tal es el caso de Barrón (2022) en el que la tercera parte de mujeres de un centro de salud de Lima Sur resultaron positivas. Mientras que en Cajamarca, Del Valle-Mendoza et al. (2021) reportó un 19% de mujeres VPH positivas. Si bien estos valores son muy dispares podrían interferir en la planificación de estrategias de salud pública de detección y prevención secundaria.

Respecto al grupo de mujeres VPH positivas, encontramos que la edad de las mujeres fue mayor que las VPH negativas, aunque no significativa. La literatura nacional reporta, que las mujeres con menos de 30 años tienen la mayor prevalencia de tener VPH de alto riesgo (Iwasaki et al., 2014; Medina-Bueno, 2020; Sichero et al., 2020; Xu et al., 2017) difiriendo con nuestro estudio donde la edad mediana fue 40 años. No obstante, nuestros resultados son similares a lo reportado por Del Valle-Mendoza (2021) y García et al. (2017) donde la edad

más prevalente de mujeres VPH positivas fue entre 35 a 45 años. Posiblemente, este resultado podría ser efecto de la estrategia nacional de detección de VPH destinada a mujeres mayores de 30 años y que preferentemente tengan una prueba PAP previa (Ministerio de Salud [MINSA], 2017). Además, la población usuaria joven tiene una menor satisfacción de la atención recibida pudiendo intervenir en la preferencia de la atención en centros de salud primarios nacionales (Hernández-Vásquez et al., 2019).

De acuerdo con nuestro estudio, la mayoría de mujeres que se realizaron la prueba de VPH eran solteras. De la misma forma el estudio de Ayala-Peralta et al. (2019) coincide con estos resultados afirmando en su estudio que más de la mitad de mujeres eran solteras.

Por otro lado, las actividades sexuales son indispensable en el contexto de análisis del VPH, la edad de inicio de las relaciones sexuales representa el punto de partida para la transmisión del VPH (Brendle et al., 2014). Como tal, encontramos en nuestro estudio que más de la mitad de las mujeres VPH positivas iniciaron su vida sexual antes de los 18 años. En el Perú, el inicio sexual en las mujeres oscila entre los 15 y 16 años ocasionado por la presión del varón como una de las razones principales (Carmona et al., 2017). La educación sexual integral, planteada ya por el Ministerio de Educación (MINEDU), podría frenar los factores de actividad sexual, en torno a nuestro estudio, asociados al riesgo de detección de VPH (Motta et al., n.d.).

Finalmente, en nuestro estudio encontramos que la gran mayoría de las mujeres con resultado anormal de PAP eran VPH positivas coincide con el plan estratégico nacional de detección de VPH destinado a mujeres mayores de 30 años y que preferentemente tengan resultados previos de PAP o IVAA. Además, la prueba de PAP posee una baja sensibilidad (Granados-García et al., 2014) resultado varios falsos negativos, a diferencia de la prueba de VPH que tiene una sensibilidad del 98% (Sundström et al., 2021). Esto podría explicar que casi

la quinta parte de las mujeres de nuestro estudio con una prueba normal de PAP eran VPH positivas.

VI. CONCLUSIONES

Se concluye que existe una prevalencia de VPH del 48,2% en pacientes mujeres sexualmente activas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas durante el año 2022.

Con respecto a la prevalencia de VPH según los factores sociodemográficos se obtuvo que de las pacientes que contaban con un resultado molecular de VPH positivo fueron en su mayoría solteras (63.3%), mientras que según el grado de instrucción las mujeres con educación secundaria fue el mayor grupo con un 58,8%.

Con respecto a la prevalencia de VPH según los factores gineco-obstétricos se encontró que el 66,2% de mujeres VPH positivas tuvieron 3 o menos parejas sexuales; en base a la edad de inicio de relaciones sexuales se obtuvo que el 36,7% tenían entre 16 a 17 años, seguido de 26,5% con una edad entre 18 a 19 años, 20,6% de 20 años a más y 16, 2% menos de 16 años; y, se obtuvo que según el número de hijos el grupo con mayor porcentaje fue de 1 a 2 hijos con un 60,3%, seguido de 3 a 4 hijos (22,1%), ningún hijo (11,7%) y 5 o más hijos (5.9%).

Finalmente de acuerdo con la variable del resultado de Papanicolau el 83,8% de mujeres VPH positivas tuvieron una prueba PAP anormal.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar un estudio que analice la tendencia por trimestres de la prevalencia de VPH teniendo en cuenta el alcance y disponibilidad de equipos de pruebas moleculares que disponga el Ministerio de Salud para los centros de salud, así como también tomar en cuenta factores que puedan intervenir en la realización correcta de la prueba.

Debido a la alta prevalencia obtenida en nuestro estudio es de importancia en salud pública el realizar más estudios de prevalencia de VPH en más centros de salud de nivel primario en Lima.

En base a los resultados obtenidos se recomienda aumentar campañas de prevención y concientización contra el VPH en los grupos de riesgo con mayor prevalencia de contagio, también realizar un seguimiento a las pacientes que hayan obtenido un PAP anormal o un resultado positivo de la prueba molecular de VPH.

VIII. REFERENCIAS

- Balasubramaniam, S. D., Balakrishnan, V., Oon, C. E., & Kaur, G. (2019). Key Molecular Events in Cervical Cancer Development. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(7), 384. <https://doi.org/10.3390/medicina55070384>
- Barrón Caldas, J. J. (2022). *Prevalencia de virus del papiloma humano en mujeres entre 25 a 64 años atendidas en el centro de salud Jesús Poderoso—San Juan de Miraflores, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6112>
- Bouvard, V., Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., Secretan, B., El Ghissassi, F., Benbrahim-Tallaa, L., Guha, N., Freeman, C., Galichet, L., Coglianò, V., & WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. (2009). A review of human carcinogens—Part B: biological agents. *10*(4), 321-322. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(09\)70096-8](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(09)70096-8)
- Braaten, K. P., & Laufer, M. R. (2008). Human Papillomavirus (HPV), HPV-Related Disease, and the HPV Vaccine. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 1(1), 2-10.
- Bravo, I. G., de Sanjosé, S., & Gottschling, M. (2010). The clinical importance of understanding the evolution of papillomaviruses. *Trends in Microbiology*, 18(10), 432-438. <https://doi.org/10.1016/j.tim.2010.07.008>
- Castellsagué, X., Drudis, T., Cañadas, M. P., Goncé, A., Ros, R., Pérez, J. M., Quintana, M.J., Muñoz, J., Albero, G., de Sanjosé, S., & Bosch, F. X. (2009). Human Papillomavirus (HPV) infection in pregnant women and mother-to-child transmission of genital HPV genotypes: A prospective study in Spain. *BMC Infectious Diseases*, 9, 74. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-9-74>

- Cox, J. T., Schiffman, M., Solomon, D., & ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group. (2003). Prospective follow-up suggests similar risk of subsequent cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 among women with cervical intraepithelial neoplasia grade 1 or negative colposcopy and directed biopsy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *188*(6), 1406-1412. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.461>
- de Sanjosé, S., Diaz, M., Castellsagué, X., Clifford, G., Bruni, L., Muñoz, N., & Bosch, F. X. (2007). Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: A meta-analysis. *The Lancet. Infectious Diseases*, *7*(7), 453-459. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(07\)70158-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(07)70158-5)
- Del Valle-Mendoza, J., Becerra-Goicochea, L., Aguilar-Luis, M. A., Pinillos-Vilca, L., Carrillo-
Ng, H., Silva-Caso, W., Palomares-Reyes, C., Taco-Masias, A.-A., Aquino-Ortega, R.,
Tinco-Valdez, C., Tarazona-Castro, Y., Sarmiento-Ramirez, C.-W., & DelValle, L. J. (2021). Genotype-specific prevalence of human papillomavirus infection in asymptomatic Peruvian women: A community-based study. *BMC Research Notes*, *14*(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05588-7>
- Doorbar, J. (2005). The papillomavirus life cycle. *Journal of Clinical Virology: The Official Publication of the Pan American Society for Clinical Virology*, *32 Suppl 1*, S7-15. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2004.12.006>
- Ducatman, B. S. (2018). The Role of Human Papillomavirus in Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, *142*(6), 715-718. <https://doi.org/10.5858/arpa.2018-0083-RA>
- Fox-Lewis, A., Allum, C., Vokes, D., & Roberts, S. (2020). Human papillomavirus and surgical smoke: A systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, *77*(12), 809-

817. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-106333>

García, S., Dominguez-Gil, M., Gayete, J., Rojo, S., Muñoz, J. L., Salas, J. S., Echevarria, C., Blanco, M., Ramos, C., De Frutos, M., López-Urrutia, L., Viñuela, L., Tamames, S., Redondo, P., Jiménez, J. M., Eiros, J. M., & Ortiz de Lejarazu, R. (2017). Prevalencia de virus del papiloma humano en mujeres españolas de un programa de cribado poblacional. *Revista Espanola De Quimioterapia*, 30(3), 177-182.

Gheit, T. (2019). Mucosal and Cutaneous Human Papillomavirus Infections and Cancer Biology. *Frontiers in Oncology*, 9, 355. <https://doi.org/10.3389/fonc.2019.00355>

Gonzales Rivas, J. C. (2022). *Prevalencia y tipos del virus papiloma humano oncogénicos en mujeres de 30 a 65 años Hospital Nacional Dos de Mayo, 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/10557>

Iglesias Osoreo, S. A. (2020). *Prevalencia de virus papiloma humano en pacientes de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Lambayeque, abril –mayo 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/10020>

Jelinek, K., Harding, L., Briceno, R., Li, Z., Niezgoda, A., Sergent, S., & Etchebarne, B. (2021). Prevalence of high-risk human papillomavirus genotypes in two regions of Peru. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 154(3), 544–549. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13625>

Minchalo Muñoz, D. J., Oleas Seminario, H. L., & Bigoni Ordóñez, G. D. B. (2020). Prevalencia de los Genotipos del Virus del Papiloma Humano en mujeres de 25 a 65

años.: Artículo Original. *Oncología (Ecuador)*, 30(1), Article 1.
<https://doi.org/10.33821/471>

Ministerio de Salud. (2017). *Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino* [Archivo PDF]. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>

Moscicki, A.-B., Ma, Y., Wibbelsman, C., Darragh, T. M., Powers, A., Farhat, S., & Shiboski, S. (2010). Rate of and risks for regression of cervical intraepithelial neoplasia 2 in adolescents and young women. *Obstetrics and Gynecology*, 116(6), 1373-1380.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181fe777f>

Moscicki, A.-B., Shiboski, S., Hills, N. K., Powell, K. J., Jay, N., Hanson, E. N., Miller, S., Canjura-Clayton, K. L., Farhat, S., Broering, J. M., & Darragh, T. M. (2004). Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. *Lancet (London, England)*, 364(9446), 1678-1683. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17354-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17354-6)

Palma, S., Gnamb, T., Crevenna, R., & Jordakieva, G. (2021). Airborne human papillomavirus (HPV) transmission risk during ablation procedures: A systematic review and meta-analysis. *Environmental Research*, 192, 110437.
<https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110437>

Pilleron, S., Cabasag, C. J., Ferlay, J., Bray, F., Luciani, S., Almonte, M., & Piñeros, M. (2020). Cervical cancer burden in Latin America and the Caribbean: Where are we? *International Journal of Cancer*, 147(6), 1638-1648. <https://doi.org/10.1002/ijc.32956>

Ponce-Benavente, L., Rejas-Pinelo, P., Aguilar-Luis, M. A., Palomares-Reyes, C., Becerra-Goicochea, L., Pinillos-Vilca, L., Silva-Caso, W., Costa, L. E., Weilg, P., Alvitrez-Arana, J., Bazán-Mayra, J., & Del Valle-Mendoza, J. (2018). Frequency and coinfection between genotypes of human papillomavirus in a population of asymptomatic women

in northern Peru. *BMC Research Notes*, 11(1), 530. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3644-7>

Revilla T, L. (2021). *CDC - Perú, Situación del cáncer en el Perú, 2021* [Archivo PDF]. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>

Sichero, L., Picconi, M. A., & Villa, L. L. (2020). The contribution of Latin American research to HPV epidemiology and natural history knowledge. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research = Revista Brasileira De Pesquisas Medicas E Biologicas*, 53(2), e9560. <https://doi.org/10.1590/1414-431X20199560>

Stevens-Simon, C., Nelligan, D., Breese, P., Jenny, C., & Douglas, J. M. (2000). The prevalence of genital human papillomavirus infections in abused and nonabusedpreadolescent girls. *Pediatrics*, 106(4), 645-649. <https://doi.org/10.1542/peds.106.4.645>

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Toledo Jaramillo, J. A. (2019). *Incidencia del Virus del Papiloma Humano en usuarias del servicio de Ginecología del Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja]. <https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/21584>

Torres-Roman, J. S., Ronceros-Cardenas, L., Valcarcel, B., Bazalar-Palacios, J., Ybaseta-Medina, J., Carioli, G., La Vecchia, C., & Alvarez, C. S. (2022). Cervical cancer mortality among young women in Latin America and the Caribbean: Trend analysis from 1997 to 2030. *BMC Public Health*, 22(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12889-021->

- Wright, T. C. (2006). Pathology of HPV infection at the cytologic and histologic levels: Basis for a 2-tiered morphologic classification system. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 94 Suppl 1, S22-S31. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(07\)60005-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(07)60005-8)
- Xu, H. H., Lin, A., Chen, Y. H., Dong, S. S., Shi, W. W., Yu, J. Z., & Yan, W. H. (2017). Prevalence characteristics of cervical human papillomavirus (HPV) genotypes in the Taizhou area, China: A cross-sectional study of 37 967 women from the general population. *BMJ Open*, 7(6), e014135. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014135>
- zur Hausen, H. (2009). Papillomaviruses in the causation of human cancers—A brief historical account. *Virology*, 384(2), 260-265. <https://doi.org/10.1016/j.virol.2008.11.046>
- zur Hausen, H., & de Villiers, E. M. (1994). Human papillomaviruses. *Annual Review of Microbiology*, 48, 427-447. <https://doi.org/10.1146/annurev.mi.48.100194.002235>

IX. ANEXOS

9.1. Anexo A. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables e indicadores	Método
<p>General</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de VPH en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú durante el 2022?</p> <hr/> <p>Específicos</p> <p>-¿Cuál es la prevalencia de VPH por grupo etario, estado civil y grado de instrucción en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú durante el 2022?</p> <p>-¿Cuál es la prevalencia de VPH por parejas sexuales, edad de inicio de relaciones sexuales, número de hijos y resultado de PAP en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú durante el 2022?</p>	<p>General</p> <p>Determinar la prevalencia de VPH en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú durante el 2022</p> <hr/> <p>Específicos</p> <p>-Determinar la prevalencia de VPH por grupo etario, estado civil y grado de instrucción en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú durante el 2022.</p> <p>-Determinar la prevalencia de VPH por parejas sexuales, edad de inicio de relaciones sexuales, número de hijos y resultado de PAP en mujeres sexualmente activas atendidas en el CS Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú durante el 2022</p>	<p>No requiere al ser un estudio descriptivo</p>	<p>Variable dependiente</p> <p>Prevalencia de VPH</p> <hr/> <p>Variables independientes</p> <p>Edad</p> <p>Estado civil</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Número de parejas sexuales</p> <p>Inicio de relaciones sexuales</p> <p>Número de hijos</p> <p>Resultado del test de PAP</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Estudio descriptivo</p> <hr/> <p>Ámbito temporal y espacial:</p> <p>Durante el 2022 en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, Santa Anita, Lima, Perú</p> <hr/> <p>Población:</p> <p>Mujeres atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas – Santa Anita – Perú durante el 2022</p> <hr/> <p>Muestra:</p> <p>– Se realizará un muestro no probabilístico por conveniencia por lo que se estudiarán a todas las pacientes que se hayan hecho la prueba molecular de VPH en el centro de salud</p>

9.2. Anexo B. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo y escala	Categoría/Valor	Fuente
Principal Prevalencia de virus de papiloma humano	Condición de haberse identificado el VPH en la prueba molecular realizada bajo cepillado de cérvix	Cualitativa Nominal	(0) Negativo (1) Positivo	Ficha de recolección
Secundaria Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento estipulado en la historia clínica	Cuantitativa Discreta	Edad en años	Ficha de recolección
Secundaria Estado civil	Condición en la que la paciente se encuentra actualmente en una relación sentimental confirmada en la historia clínica	Cualitativa Nominal	(0) Soltera (1) Casada (2) Divorciada (3) Viuda	Ficha de recolección
Secundaria Grado de instrucción	Grado de educación reportada como el nivel más avanzado de la culminación de sus estudios de acuerdo con el sistema de educación peruana-	Cualitativa Ordinal	(0) Técnico/superior (1) Secundaria (2) Primaria (3) Sin instrucción	Ficha de recolección
Secundaria Número de parejas sexuales	Número de personas con las que tuvo relaciones sexuales por penetración, otra parte del cuerpo u objetos dentro de la vagina	Cualitativa Nominal	(0) ≤ 3 (1) > 3	Ficha de recolección
Secundaria Inicio de relaciones sexuales	Edad en la que tuvo por primera vez coito estipulado en la historia clínica	Cualitativa Nominal	(0) ≥ 20 (1) 18-19 (2) 16-17 (3) < 16	Ficha de recolección
Secundaria Número de hijos	Número de hijos nacidos por vía vaginal o cesárea que en la actualidad se encuentren vivos o muertos	Cualitativa Nominal	(0) 0 (1) 1-2 (2) 3-4 (3) ≥ 5	Ficha de recolección
Secundaria Resultado del test de PAP	Resultado de la prueba de citología estipulado en la hoja de resultados de laboratorio	Cualitativa Nominal	(0) Normal (1) Anormal	Ficha de recolección

9.3. Anexo C. Ficha de recolección de datos

PREVALENCIA DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS ATENDIDAS EN
EL CENTRO DE SALUD CHANCAS DE ANDAHUAYLAS – SANTA ANITA – PERÚ, 2022

Resultados de la prueba molecular de VPH

Menos de 3

Negativo Positivo

Más o igual de 3

Características sociodemográficas

5. Inicio de edad de las RS

1. Edad: _____ años

De 20 años a más

2. Estado civil

18 a 19 años

Soltera

16 a 17 años

Casada

Menos de 16 años

Divorciada

6. Número de hijos

Viuda

0

3. Grado de instrucción

1 a 2

Técnico o superior

3 a 4

Secundaria

5 a más

Primaria

7. Resultado de PAP

No estudios

Normal

Características ginecobstétricas

Anormal

4. Parejas sexuales

9.4. Anexo D. Certificado de validez de contenido del instrumento

N	Ítem	Claridad	Coherencia	Suficiencia	Relevancia	Sugerencias
1	Resultados de la prueba molecular de VPH Negativo () Positivo ()	4	4	4	4	--
Características sociodemográficas						
2	Edad: --- años					
3	Estado civil: () Soltera () Casada () Viuda () Divorciada	4	4	4	4	--
4	Grado de instrucción: () Técnico o superior () Secundaria () Primaria () No estudios	4	4	4	4	--
Características ginecoobstétricas						
5	Parejas sexuales () Menos de 3 () Más o igual de 3	4	4	4	4	--
6	Inicio de edad de las relaciones sexuales () De 20 años a más () 18 a 19 años () 16 a 17 años () Menos de 16 años	4	4	4	4	--
7	Número de hijos () 0 () 1 a 2 () 3 a 4 () 5 a más	4	4	4	4	Considerar ≥ 5
8	Resultado de PAP () Normal () Anormal	4	4	4	4	--

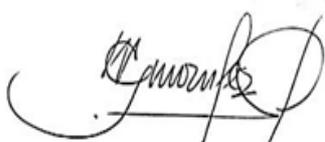
Observaciones:

Opinión de la aplicabilidad:

Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Apellidos y nombres del juez evaluador: GONZÁLEZ PELÁEZ, WILFREDO EMILIO

Especialidad del evaluador: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. CMP: 22613. RNE:11451



Lima, 20 de agosto de 2023

Certificado de validez de contenido del instrumento

N	Ítem	Claridad	Coherencia	Suficiencia	Relevancia	Sugerencias
1	Resultados de la prueba molecular de VPH Negativo () Positivo ()	4	4	4	4	--
Características sociodemográficas						
2	Edad: --- años					
3	Estado civil: () Soltera () Casada () Viuda () Divorciada	4	4	4	4	--
4	Grado de instrucción: () Técnico o superior () Secundaria () Primaria () No estudios	4	4	4	4	--
Características ginecoobstétricas						
5	Parejas sexuales () Menos de 3 () Más o igual de 3	4	4	4	4	--
6	Inicio de edad de las relaciones sexuales () De 20 años a más () 18 a 19 años () 16 a 17 años () Menos de 16 años	4	4	4	4	--
7	Número de hijos () 0 () 1 a 2 () 3 a 4 () 5 a más	4	4	4	4	--
8	Resultado de PAP () Normal () Anormal	4	4	4	4	--

Observaciones:

Opinión de la aplicabilidad:

Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Apellidos y nombres del juez evaluador: CAMPOS SOLORZANO FEDERICO TEODARDO

Especialidad del evaluador: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. CMP: 048738. RNE:22217



Lima, 10 de agosto de 2023

Certificado de validez de contenido del instrumento

N	Ítem	Claridad	Coherencia	Suficiencia	Relevancia	Sugerencias
1	Resultados de la prueba molecular de VPH Negativo () () Positivo	4	4	4	4	
Características sociodemográficas						
2	Edad: --- años	4	4	4	4	
3	Estado civil: () Soltera () Casada () Viuda () Divorciada () Desconocido	4	4	4	4	
4	Grado de instrucción: () Técnico o superior () Secundaria () Primaria () No estudios () Desconocido	4	4	4	4	
Características ginecoobstétricas						
5	Parejas sexuales () Menos de 3 () Más o igual de 3 () Desconocido	4	4	4	4	
6	Inicio de edad de las relaciones sexuales () De 20 años a más () 18 a 19 años () 16 a 17 años () Menos de 16 años	4	4	4	4	
7	Número de hijos () 0 () 1 a 2 () 3 a 4 () 5 a más	4	4	4	4	
8	Resultado de PAP () Normal () Anormal	4	4	4	4	

Opinión de la aplicabilidad:

Aplicable Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Apellidos y nombres del juez evaluador: *Abrily Morales Juan*

Especialidad del evaluador: *Ginecología*

14 de *Agosto* del 2023