

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



**FACTORES DE RIESGO DE MUJERES EN EDAD DE 30-59 AÑOS A LAS CUALES
SE LES REALIZA TAMIZAJE DE VPH EN UNIDAD DE SALUD INTEGRAL SAN
ANTONIO ABAD, AGOSTO - SEPTIEMBRE DE 2025**

Autores:

Andrea Paullette Flamenco Castro.

Adriana Michelle Flores Posada.

Jessy Allisson Flores Rivas.

Para optar al grado de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. Ana Marcela Posada Erazo

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, Septiembre de 2025.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

M.SC. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la fuerza, sabiduría y valentía para perseverar en una carrera tan hermosa.

A mi madre, Emerita Arely Castro porque con su arduo trabajo llenó mi vida de oportunidades y gracias a ella puedo cruzar las puertas que antes tenía cerradas.

A mi padre, Manuel Gerardo Flamenco porque con entusiasmo y felicidad me vio iniciar este camino, y desde el cielo me verá culminarlo. Gracias papá por ser una de mis inspiraciones para soñar despierta y alcanzar mis metas.

A mis hermanas, Maria Jose Flamenco y Gabriela Alejandra Flamenco, mis cómplices y mis motivos para ser la mejor versión de mí.

A mis abuelas, Gloria Flamenco y Consuelo Castro porque estoy parada sobre todas y cada una de sus oraciones.

A Marco Arriaza, mi mejor amigo, gracias por ser, por estar y por levantarme cada vez que pensé que no podía más.

A mi perro, Petter Flamenco, por ser mi compañero incondicional durante tantas noches de estudio, gracias a él nunca estuve sola.

A mi familia y amigos, porque siempre me recordaron lo orgullosos que estaban de mí y que estoy hecha para grandes cosas.

A mis docentes, mis maestros en todos y cada uno de los años de esta carrera, porque me enseñaron que el saber se comparte.

A nuestra asesora Dra. Marcela Posada, por creer en nosotras, por guiarnos y compartirnos su experiencia y conocimientos para culminar finalmente nuestra carrera.

A mis compañeras Adriana Flores y Jessy Flores, agradezco su complicidad, su compañía y agradezco a la vida por poderlas llamar mis colegas.

Finalmente agradezco a mí, por la valentía de seguir.

Andrea Paullette Flamenco Castro

En primer lugar, agradezco a Dios, fuente de fortaleza y esperanza en cada etapa de mi vida, por haberme concedido la salud, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar este camino.

A mis padres, Balmory de Jesus Flores y Roxana Posada de Flores, quienes con amor incondicional, esfuerzo y sacrificio me brindaron la oportunidad de alcanzar este sueño. A mi hermana Hazel Flores, compañera de vida, cuyo apoyo constante fue fundamental. A mi abuela Maria Ester Benitez, que partió antes de ver cumplido este logro, pero cuyo ejemplo y cariño permanecen vivos en mi corazón.

A mi inseparable mascota Cooper, quien me acompañó en largas noches de desvelo y estudio, recordándome con su compañía que el amor y la lealtad también se encuentran en los pequeños detalles.

A mi asesora Dra. Marcela Posada, por su guía, paciencia y compromiso en la elaboración de este trabajo, y a mis amigas de la carrera, Andrea Flamenco y Jessy Flores con quienes compartí no sólo este proceso de investigación sino también momentos de aprendizaje, esfuerzo y amistad que quedarán para siempre.

Adriana Michelle Flores Posada.

En primer lugar, agradezco a Dios, fuente de fortaleza y sabiduría, la salud y la perseverancia necesarias para culminar este trabajo de investigación y alcanzar esta meta académica tan importante en mi vida.

A mis padres, Dorys de Flores y Osmin Flores por su amor incondicional, apoyo constante y sacrificios que hicieron posible mi formación profesional; gracias por ser ejemplo de esfuerzo y dedicación.

A mis compañeras de investigación, Adriana Flores y Paullette Flamenco quienes con compromiso, responsabilidad y trabajo en equipo hicieron posible el desarrollo de este estudio.

A mi asesora, Dra Posada, por su orientación, paciencia y dedicación en cada etapa del proceso investigativo, cuya guía fue fundamental para la construcción y finalización de este trabajo.

A la Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad y al personal de salud que colaboró con la recolección de datos, así como a cada una de las mujeres participantes, cuyo aporte fue esencial para el desarrollo de esta investigación.

Finalmente, agradezco a todos aquellos que de manera directa o indirecta contribuyeron con su apoyo, comprensión y aliento, haciendo posible la culminación de este esfuerzo académico.

Jessy Allisson Flores Rivas.

ÍNDICE

I. RESUMEN.....	xi
II. INTRODUCCIÓN.....	xii
III. OBJETIVOS.....	14
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
IV. MARCO TEÓRICO.....	15
4.1 HISTORIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.....	15
4.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	16
4.3 GENERALIDADES DEL VPH.....	17
4.4 FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.....	20
4.4.1 Factores sociodemográficos.....	20
4.4.2 Factores personales.....	22
4.4.3 Factores conductuales de tipo sexual-reproductivo.....	23
4.5 INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.....	25
4.5.1 Cambios cervicales debido a la infección por VPH.....	25
4.5.2 Manifestaciones clínicas.....	26
4.6 RELACIÓN ENTRE VPH Y CÁNCER CERVICOUTERINO.....	26
4.6.1 Infección neoplásica por VPH.....	27
4.6.2 Criterios diagnósticos para neoplasia intraepitelial.....	27
4.7 PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.....	28
4.7.1 Prevención Primaria.....	28
4.7.2 Prevención Secundaria.....	30
V. DISEÑO METODOLÓGICO.....	33
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	33
5.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	33
5.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	33
5.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	35
5.4.1 Variables.....	35
5.4.2 Operacionalización de variables.....	36
5.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
5.6 PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	48
VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	50
VII. RESULTADOS.....	52
7.1 Factores sociodemográficos.....	52

7.2 Factores personales:.....	57
7.3 Factores conductuales de tipo sexual-reproductivo:.....	62
VIII. DISCUSIÓN.....	77
IX. CONCLUSIONES.....	81
X. RECOMENDACIONES.....	83
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
XII. ANEXOS.....	89
12.1 ANEXO NO. 1 INFORME DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.....	90
12.2 ANEXO NO. 2 ACTA DE RESOLUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.....	91
12.3 ANEXO NO. 3: CARTA A DIRECTOR DE REGIÓN.....	92
12.4 ANEXO NO. 4: MEMORÁNDUM DE AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	93
12.5 ANEXO NO. 5: CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN POR COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.....	94
12.6 ANEXO NO. 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	95
12.7 ANEXO NO. 7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	97
12.8 ANEXO NO. 8 ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUENCIA DE UNIDAD DE SALUD INTERMEDIA SAN ANTONIO ABAD.....	102
12.9 ANEXO NO. 9 TABLAS Y GRÁFICOS.....	103

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1: Grupos de edad.....	52
Gráfico No. 2: Área de procedencia.....	53
Gráfico No. 3: Nivel educativo.....	54
Gráfico No. 4: Ocupación.....	55
Gráfico No. 5: Estado civil.....	56
Gráfica No. 6: Estado nutricional.....	57
Gráfica No. 7: Hábito tabaquista.....	58
Gráfica No. 8: Hábito etilista.....	59
Gráfica No. 9: Actividad física en relación a la ocupación.....	60
Gráfica No. 10: Actividad física en relación al estado nutricional.....	61
Gráfico No. 11: Paridad.....	62
Gráfico No. 12: Sexarquía.....	63
Gráfico No. 13: Antecedente de ITS en y el número de parejas sexuales.....	64
Gráfico No. 14. Antecedente de infección por VPH y el número de parejas sexuales.....	65
Gráfico No. 15. Antecedente de infección por VPH y el tipo de pareja sexual.....	66
Gráfico No. 16. Antecedente de ITS en y el tipo de pareja sexual.....	67
Gráfico No. 17. Uso de anticonceptivos y el tipo de pareja sexual.....	68
Gráfico No. 18. Actividad sexual actual por grupos de edad.....	69
Gráfico No. 19. Actividad sexual actual y el uso de anticonceptivos.....	70
Gráfico No. 20. Antecedente de citología previa y test previo de VPH.....	71
Gráfico No. 21. Paridad de las pacientes y test previo de VPH.....	72
Gráfico No. 22: Antecedentes de infección por VPH según grupos de edad.....	73
Gráfico No. 23: Antecedente de vacunación contra VPH según grupos de edad.....	74
Gráfico No. 24: Vacunación contra VPH según nivel educativo de las participantes.....	75
Gráfico No. 25: Antecedente de infección por VPH en y el antecedente de infección por ITS.....	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1: Grupos de edad.....	103
Tabla No. 2: Área de procedencia.....	103
Tabla No. 3: Nivel educativo.....	103
Tabla No. 4: Ocupación.....	104
Tabla No. 5: Estado civil.....	104
Tabla No. 6: Estado nutricional.....	105
Tabla No. 7: Hábito tabaquista.....	105
Tabla No. 8: Hábito etilista.....	106
Tabla No. 9: Actividad física en relación a la ocupación.....	106
Tabla No. 10: Actividad física en relación al estado nutricional.....	107
Tabla No. 11: Paridad.....	107
Tabla No. 12. Sexarquia.....	108
Tabla No. 13. Antecedente de ITS y el número de parejas sexuales.....	108
Tabla No. 14. Antecedente de infección por VPH y el número de parejas sexuales.....	108
Tabla No. 15. Antecedente de infección por VPH y el tipo de pareja sexual.....	109
Tabla No. 16. Antecedente de ITS y el tipo de pareja sexual.....	109
Tabla No. 17. Uso de anticonceptivos y el tipo de pareja sexual.....	110
Tabla No. 18. Actividad sexual actual por grupos de edad.....	110
Tabla No. 19. Actividad sexual actual y el uso de anticonceptivos.....	111
Tabla No. 20. Antecedente de citología previa y test previo de VPH.....	111
Tabla No. 21. Paridad de las pacientes y test previo de VPH.....	111
Tabla No. 22: Antecedentes de infección por VPH y grupos de edad.....	112
Tabla No. 23: Antecedente de vacunación contra VPH y grupos de edad.....	112
Tabla No. 24: Vacunación contra VPH según nivel educativo de las participantes.....	112
Tabla No. 25: Antecedente de infección por VPH y el antecedente de infección por ITS.....	113
Tabla No. 26: Fecha de última regla (FUR).....	113
Tabla No. 27: Fecha de último parto (FUP).....	114
Tabla No. 28: Antecedente de partos prematuros.....	114
Tabla No. 29: Antecedente de abortos.....	114
Tabla No. 30: Antecedente de número de hijos vivos.....	115
Tabla No. 31: Orientación sexual.....	115

GLOSARIO

1. **ACO:** Anticonceptivos orales.
2. **ADN:** Ácido desoxirribonucleico.
3. **CDC:** *Centers for Disease Control and Prevention* (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.).
4. **CCV:** Cáncer cérvico uterino.
5. **CIN:** Neoplasia intraepitelial cervical (*Cervical Intraepithelial Neoplasia*).
6. **DIU:** Dispositivo intrauterino.
7. **FUP:** Fecha de último parto.
8. **FUR:** Fecha de última regla.
9. **IARC:** *International Agency for Research on Cancer* (Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer).
10. **IMC:** Índice de masa corporal.
11. **ITS:** Infecciones de transmisión sexual.
12. **IVAA:** Inspección visual con ácido acético.
13. **LBC:** Citología en base líquida (*Liquid Based Cytology*).
14. **LSIL:** Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (*Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion*).
15. **MINSAL:** Ministerio de Salud de El Salvador.
16. **NIH:** *National Institutes of Health* (Institutos Nacionales de Salud, EE. UU.).
17. **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
18. **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
19. **PAP:** Papanicolaou.
20. **USI:** Unidad de Salud Intermedia.
21. **VPH:** Virus del Papiloma Humano.

I. RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito establecer los factores de riesgo en mujeres de 30 a 59 años sometidas a tamizaje de Virus del Papiloma Humano (VPH) en la Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad, durante agosto a septiembre de 2025, con el fin de caracterizar su perfil epidemiológico y optimizar estrategias de prevención y promoción de la salud con impacto en la calidad de vida de las mujeres salvadoreñas.

Se desarrolló un estudio descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo, con una muestra por conveniencia de 50 mujeres que cumplían criterios de inclusión. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario compuesto por 26 ítems con preguntas exclusivamente cerradas con un formato de selección múltiple.

Entre los hallazgos más relevantes se identificó que el grupo etario predominante fue 30–39 años (38%), seguido de 40–49 años (36%); la mayoría residía en área urbana (96%). Además la mayoría de las participantes tienen un nivel educativo de bachillerato (38%) o han cursado hasta un nivel básico (28%), y la ocupación más común es la de ama de casa (50%). Como factores de riesgo personales, destacó el sobrepeso (30%) y obesidad (48%), así como la escasa práctica de actividad física diaria, predominantemente ligera con un 46%. En el ámbito sexual-reproductivo, una sexarquía temprana en un 42% y multiparidad se mostraron como factores frecuentes en la población estudiada. La vacunación contra el VPH en esta cohorte de mujeres, presentó una cobertura mínima en las participantes, únicamente del 4%, esto evidencia la brecha en el acceso a información y cobertura en salud pública.

Se concluye que la población estudiada presenta un perfil de vulnerabilidad marcado por determinantes sociodemográficos, estilos de vida y conductas sexuales de riesgo, lo cual refuerza la necesidad de intervenciones integrales en salud sexual y reproductiva. Se recomienda ampliar la cobertura de vacunación contra el VPH hacia mujeres adultas, implementar estrategias de auto-toma para tamizaje y fortalecer programas de educación en salud, como medidas clave para disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino en El Salvador.

Palabras clave (DeCS): Virus del Papiloma Humano; Neoplasias del Cuello Uterino; Factores de Riesgo; Tamizaje Masivo; Salud de la mujer.

II. INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino representa un importante y persistente desafío de salud pública a nivel mundial, posicionándose como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad femenina, específicamente el cuarto lugar entre los tipos de cáncer más comunes en mujeres. En 2020, se estimaron más de 604.000 nuevos casos y alrededor de 342.000 muertes, de las cuales casi el 90% ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos (22), lo cual representa las limitaciones en el acceso a programas de prevención y detección temprana. El principal factor etiológico es la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), especialmente los tipos de alto riesgo oncogénico.

El tamizaje para la detección de VPH en mujeres entre los 30 y 59 años es una estrategia altamente esencial para reducir la carga del cáncer cervicouterino en la salud pública. Esta práctica permite la identificación de lesiones precancerosas que pueden ser tratadas antes de evolucionar a cáncer invasivo (21). Por tanto, el conocimiento epidemiológico de la población que accede a estas pruebas es fundamental para diseñar intervenciones sanitarias eficaces, pertinentes y sostenibles.

En El Salvador, el cáncer cervicouterino es una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres. Resaltando que es una de las principales causas de mortalidad prevenible, refleja desafíos persistentes para enfocarse en la prevención, educación y cobertura de tamizaje. A pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud de El Salvador por fortalecer los programas de detección temprana, aún existe una brecha importante en la cobertura, equidad y la caracterización del perfil epidemiológico de las mujeres que acceden a estos servicios, lo cual limita la efectividad de las estrategias preventivas.(5)

En la actualidad, uno de los principales obstáculos en la prevención efectiva del cáncer cervicouterino en El Salvador es la limitada disponibilidad de información detallada y actualizada que permita identificar los factores de riesgo predominantes, los patrones de conducta y los determinantes sociales que influyen en la participación de las mujeres en los programas de prevención.(5)

A partir de esta realidad, surge el problema central del presente estudio que pretende alcanzar un nivel de conocimiento adecuado, permitiendo identificar patrones comunes, factores de riesgo y condiciones asociadas al acceso al tamizaje y a la predisposición a desarrollar cáncer cervicouterino. Se desarrolló en la Unidad de Salud, San Antonio Abad, San Salvador, institución que pertenece al sistema de salud público de El Salvador, que presta servicios de atención y prevención a mujeres de diversas comunidades; Con el fin de permitir con ello fortalecer las acciones y planificación de políticas en salud pública, fortalecer los programas de prevención del cáncer cervicouterino en El Salvador y fomentar intervenciones centradas en las necesidades reales de la población femenina salvadoreña.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en la Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad en el periodo Agosto a Septiembre del 2025.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1. Identificar los factores sociodemográficos de mujeres en edad de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en la USI San Antonio Abad.

5.2.2 Determinar los factores de riesgo personales de mujeres en edad de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en la USI San Antonio Abad.

5.2.3 Identificar factores conductuales de tipo sexual-reproductivo en mujeres en edad de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en la USI San Antonio Abad.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 HISTORIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Las lesiones condilomatosas han sido descritas desde la época romana, donde nombraron "higos" a las lesiones condilomatosas perianales y las consideraron como un signo inequívoco de practicar relaciones receptivas anales. (7)

Las características infectocontagiosas del virus del papiloma humano fueron descritas hasta el año 1894. En 1907 el médico Giuseppe Ciuffo estableció que la causa de las verrugas humanas era transmitida a través de un virus, sin embargo, este virus causante de las lesiones del papiloma humano fue observado en el microscopio electrónico hasta 1949. Se propuso la teoría de transmisión vía sexual hasta 1956 cuando se identificaron múltiples soldados de la guerra de Corea con verrugas, mismos que habían tenido relaciones con mujeres afectadas con condilomas.

En 1980, Lutz Gissman, profesor asociado al científico y médico alemán, Herald Zur Hausen, identificó y aisló el genoma del virus de papiloma humano 1 de un condiloma acuminado, y con el mismo descubrió una cepa diferente a la estudiada, el virus de papiloma humano 11.

Sin embargo hasta 1983 se relaciona la infección por VPH como una causa de cáncer cervicouterino, esto debido a la identificación del ADN del virus de papiloma humano 16 en alrededor del 60% de muestras de tejido examinadas por Herald zur Hausen y su equipo de investigadores, esto fue decisivo y un año después se identificó el virus 18, a partir de muestras de Cáncer cervicouterino. En prácticamente la totalidad de los tumores del cuello uterino (99,7 %) se encuentran secuencias del ADN viral. (8)

Actualmente, la infección genital causada por el virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual (ITS) más común. Más de la mitad de las mujeres y los hombres sexualmente activos son infectados por el VPH en algún momento de sus vidas, el cual está relacionado como causante de lesiones preneoplásicas y del cáncer invasivo de cuello uterino. (9)

4.2 EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios epidemiológicos realizados en la última década sobre el VPH han demostrado que es la enfermedad de transmisión sexual más común y diseminada en el mundo. Según los autores Chesson y col, estimaron que la mujer y el hombre tienen una probabilidad del 49,1% de adquirir el VPH desde su inicio de la actividad sexual hasta los 44 años, teniendo un solo compañero y hasta un 99,9% de probabilidad cuando el número de parejas sexuales es mayor de 5, con un promedio de 80,9% para las mujeres y un 89,1% para los hombres.

Los mismos autores reportaron que el riesgo promedio de adquirir una infección por VPH desde su debut sexual hasta los 70 años es del 82,2% al 86,2% en las mujeres y del 89,9% al 92,2% en los hombres; siendo un 100% de probabilidad en aquellas personas que tuviesen más de 15 parejas sexuales durante el año. Sin embargo, muchas de estas infecciones son transitorias y no presentan ningún impacto clínico; en las mujeres se estima que el 90% de las infecciones por el VPH son eliminadas o aclaradas en un 90% en un término de 2 a 3 años.

Además se ha mencionado que el 42,5% de las mujeres en el mundo tienen la presencia del VPH en cualquier momento de su vida. Bruni y col, reportaron que un promedio de 11,7% (rango: 6,1%-35,5% dependiendo del área geográfica del mundo y de la edad) de la población femenina a nivel mundial con citologías cérvico-vaginales normales (CCV), presenta la infección del VPH.

La prevalencia del VPH en las mujeres con citologías cérvico-vaginales negativas está muy asociada a la edad. Bruni y col. han reportado que hay 3 patrones de distribución de la infección por el VPH de acuerdo a la edad; en el primer patrón, muy similar en casi todos los países desarrollados del mundo, ocurre una elevación de la prevalencia dentro del primer año del comienzo de la actividad sexual, generalmente durante la adolescencia y la década entre 20 a 30 años, generalmente en personas de 25 o menos años, para comenzar a descender y estabilizarse, formando una meseta o *plateau* a partir de los grupos etarios de edad mediana.

El otro patrón de comportamiento de la infección por VPH es aplanado a través de todos los grupos etarios, y se observa en los países asiáticos en especial India. El tercer patrón bimodal

consiste en una primera elevación de la prevalencia en el primer año del comienzo de la actividad sexual, seguido de una meseta o *plateau* en las edades medias de la vida de la mujer y una segunda elevación o repunte de la prevalencia de la infección después de los 40 años; este patrón se observa sobre todo en el continente americano y africano. (10)

Según la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), El Salvador ocupa el quinto lugar entre los países con altas tasas de incidencia y mortalidad de cáncer cérvico uterino en el continente americano. GLOBOCAN 2008 ubicó a El Salvador entre los países con altas tasas de incidencia (más de 30 casos nuevos por 100 mil mujeres) y de mortalidad (más de 16 fallecidas por 100 mil mujeres). La prevalencia a cinco años fue de 170.6 por 100 mil mujeres en 2008. Durante el año 2012, la tasa de incidencia en el país se redujo a 24.8 por 100,000 mujeres y la tasa de mortalidad a 11.9 por 100 mil mujeres. (4)

Según datos del MINSAL de enero a junio de 2021, el Ministerio de Salud diagnosticó 2,779 mujeres con cáncer de cuello uterino y se estima que un 17.3% de los egresos hospitalarios de mujeres es por cáncer de cuello uterino, comparado con el 15 % de cáncer de estómago y 14% por leucemia en hombres. Adicionalmente se reporta que en 2019 el 87.7% de las pacientes con cáncer uterino fueron detectadas entre San Salvador, La Libertad, La Paz, Sonsonate, Cuscatlán y Cabañas específicamente en el grupo etario entre 30 y 79 años, además se reporta que la tasa de mortalidad es de 4 por cada 100,000 mujeres. (5)

4.3 GENERALIDADES DEL VPH

Los Virus de Papiloma Humano (VPH) son un grupo extenso de virus pertenecientes al grupo papilomavirus, con un total de 170 miembros nombrados papilomavirus humanos ubicados taxonómicamente dentro de la familia Papillomaviridae y que representan el agente etiológico de una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes. La familia Papillomaviridae contiene a su vez 16 géneros de los cuales son 5 los que infectan al ser humano el cual es su

único reservorio, éstos son los Alphapapillomavirus, Betapapillomavirus, Gammapapillomavirus, Mupapillomavirus y Nupapillomavirus.

4.3.1 Estructura del virus.

El Virus del Papiloma Humano es un virus ADN pequeño de doble cadena circular, que mide entre 52 y 55 nm de diámetro, no capsulado e icosaédrico, cuya cápside está formada por 72 capsómeros pentaméricos que rodean su genoma. Las proteínas que conforman su estructura son L1, siendo ésta la proteína principal de la cápside cuya función es reconocer los receptores en la célula hospedera e inducir anticuerpos neutralizantes por su alta inmunogenicidad y L2, proteína secundaria que participa en la unión del virión a la célula contribuyendo a su entrada en la célula y unión al núcleo.

Existen además otro tipo de proteínas denominadas no estructurales, que cumplen diferentes funciones e intervienen en la replicación y transcripción viral, éstas son las proteínas E1, E2, E4, E5, E6 y E7 (8).

La proteína E1 es una helicasa esencial para la replicación y transcripción al igual que la proteína E2 que además de compartir dichas funciones contribuye con la segregación genómica y encapsidación viral. La E4 regula la expresión de genes tardíos controlando la maduración viral. Las proteínas E5, E6 y E7 se encuentran relacionadas en funciones ya que la E5 además de promover la fusión celular y contribuir a la invasión de la respuesta inmunitaria estimula la actividad transformante de E6 Y E7.

La E6 por su parte se une e induce la degradación de la proteína de supresión tumoral p53 inhibiendo la apoptosis además interactúa con el sistema inmune innato contribuyendo a la evasión de la respuesta inmunitaria y la persistencia del virus, al igual que la proteína E7 que se une e induce la degradación de otra proteína de supresión tumoral llamada pRB favoreciendo la replicación y persistencia del virus.

4.3.2 Clasificación.

La clasificación del Virus de Papiloma Humano se realizó por medio de dos criterios básicos, siendo éstos el hospedero ya que son altamente específicos de especie y la secuencia genética que permite la distinción de forma más detallada. La secuencia más utilizada para la clasificación de los papilomavirus es el gen de la proteína L1, se establece un nuevo tipo cuando las secuencias del gen de L1 varían en más del 10% respecto a los ya conocidos.

Además de lo mencionado anteriormente, los tipos de VPH se clasifican de acuerdo a su potencial oncológico en tipos de alto riesgo y tipos de bajo riesgo. Según el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos de América (NIH) los VPH de bajo riesgo son tipos 6 Y 11 ya que son posibles carcinógenos para los humanos y los VPH de alto riesgo son tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 51, 56, 58, 59 y 66.

4.3.3 Ciclo de replicación.

El Virus de Papiloma Humano tiene alta especificidad por las células epiteliales escamosas. El ciclo replicativo se divide en dos etapas nombradas etapa temprana refiriéndose al favorecimiento del establecimiento del virus en tejidos y etapa tardía donde se realiza la síntesis de ADN viral, proteínas de cápside y ensamblaje de viriones.

La infección viral se lleva a cabo en queratinocitos basales a través de lesiones en el tejido, la entrada de los viriones a la célula ocurre mediante endocitosis mediada por vesículas recubiertas de clatrina y caveolina, ingresan y llegan al núcleo donde inicia su replicación.

Las proteínas no estructurales E1 y E2 son de las primeras en expresarse, posteriormente junto a las proteínas E6 y E7 contribuyen al mantenimiento del genoma viral induciendo la proliferación celular aumentando el número de células susceptibles a ser infectadas. La replicación del ADN viral resulta en un número de copias de entre 50 a 100 genomas virales por célula inicial, posteriormente el genoma viral se replica una vez por ciclo celular cuando las células basales se dividen y reparten en las células hijas (replicación tipo plásmido), éstas células entran en proceso de diferenciación por medio del cual se convertirán en

queratinocitos, migran a las capas superiores del epitelio donde ocurre una explosión en la replicación del ADN viral (replicación tipo vegetativo).

Por su parte la proteína E4 se expresa en las células más diferenciadas amplificando la replicación del genoma viral aumentando así el número de copias del mismo que serán ensamblados mediante la función de las proteínas estructurales L1 y L2 en el núcleo favoreciendo la salida de nuevos viriones en queratinocitos diferenciados cuando se descaman las células del epitelio del huésped, continuando el ciclo de vida viral. (11).

4.4 FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

4.4.1 Factores sociodemográficos.

4.4.1.1 Nivel educativo:

El nivel de educación es un importante factor de riesgo para la infección por VPH. La baja escolaridad está relacionada con falta de conocimientos y oportunidades para poder conocer y enfrentar oportunamente los riesgos y consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual, además factores culturales crean limitantes para la comunicación eficaz entre las mismas familias y sociedad en general con respecto a la sexualidad, creando incógnitas especialmente en la población más joven con respecto a la concientización del cuidado del cuerpo, salud sexual y reproductiva y asistencia a instituciones de salud para conocimiento de medidas preventivas.

4.4.1.2 Nivel económico/Ocupación:

Las condiciones de vida y desarrollo son un condicionante básico de la calidad de vida, por lo cual una gran parte de la población en situación de pobreza vive con limitantes para el acceso a los servicios de salud obstaculizando entre otras cosas la educación sexual de las mujeres en estas condiciones de vida con respecto al uso de métodos de planificación familiar,

concientización y realización de estudios preventivos frente a las infecciones de transmisión sexual como toma de PAP y tamizaje VPH.

La ocupación puede influir indirectamente en el riesgo de infección por VPH al relacionarse con el nivel socioeconómico, el acceso a servicios de salud y las oportunidades de educación sexual. Las mujeres con ocupaciones informales o con menor nivel educativo suelen tener menor acceso a programas de tamizaje y prevención, como la citología cervical o la vacunación contra el VPH. Asimismo, ciertos entornos laborales pueden estar asociados con condiciones sociales o conductas que incrementan el riesgo, como horarios extensos, movilidad frecuente o escaso control sanitario. Por tanto, la ocupación se considera un indicador relevante para analizar desigualdades en la exposición y detección temprana del VPH.

4.4.1.3 Área geográfica:

El acceso limitado a servicios de salud aumenta el riesgo de contraer el VPH y no recibir diagnóstico ni tratamiento oportuno, ya que impide la vacunación, la detección temprana a través de pruebas como el Papanicolaou, y el manejo de lesiones precancerosas que podrían derivar en cáncer de cuello uterino. Las personas en zonas rurales o de difícil acceso a la atención médica son más vulnerables, ya que a menudo no se realizan los controles ginecológicos necesarios y las campañas de salud pública deben dirigirse a ellas para mejorar el acceso a la prevención y el tratamiento.

4.4.1.4 Edad:

La edad constituye un factor sociodemográfico determinante en la prevalencia de la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Diversos estudios han demostrado que la mayor incidencia se presenta en mujeres jóvenes, especialmente en mujeres en edad fértil que suelen iniciar la actividad sexual de manera temprana y, por tanto, aumenta la exposición al virus. En este grupo, la combinación de un sistema inmunológico aún en desarrollo y la práctica de conductas sexuales de riesgo favorece la adquisición de la infección. A medida que aumenta la edad, la prevalencia tiende a disminuir debido a la eliminación natural del virus por el sistema inmunitario y a la adquisición de cierta inmunidad frente a las cepas más comunes.

4.4.1.5 Estado civil:

El estado civil también representa un factor de riesgo sociodemográfico relevante en la infección por VPH, ya que se relaciona con los patrones de conducta sexual. Las mujeres solteras, separadas o viudas suelen mostrar mayor exposición debido a la posibilidad de mantener múltiples parejas sexuales a lo largo del tiempo, lo cual incrementa la probabilidad de contacto con el virus. En contraste, las mujeres casadas o con pareja estable presentan un riesgo relativamente menor, aunque no exento, especialmente si existen antecedentes de infidelidad o parejas sexuales no exclusivas. En este sentido, el estado civil refleja dinámicas sociales y comportamentales que influyen directamente en la transmisión del VPH.

4.4.2 Factores personales.

4.4.2.1 Estado nutricional

Puede influir en la progresión de la infección por VPH y la obesidad se asocia con un estado inflamatorio crónico que puede favorecer la carcinogénesis. Se ha atribuido a los fenómenos de carcinogénesis la vinculación de factores dietéticos que poseen la capacidad de metilar el ADN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica el estado nutricional en adultos (mayores de 20 años) de la siguiente manera, según IMC (índice de masa corporal):

- Bajo peso (<18.5).
- Peso normal (18.5 - 24.9).
- Sobrepeso (25 - 25.9).
- Obesidad grado 1 (30 - 34.9).
- Obesidad grado 2 (35 - 39.9).
- Obesidad grado 3 (>40).

4.4.2.2 Consumo de alcohol y tabaco.

El consumo excesivo de alcohol provoca la síntesis de sustancias que actúan como oxidantes, elementos importantes para la inducción de la transformación de células normales en malignas además está relacionado con desinhibición de la persona, lo que puede llevar a prácticas

sexuales no seguras o abuso sexual aumentando el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual.

Por su parte en las mujeres fumadoras (pasivas o activas), algunos subproductos del tabaco se acumulan en la mucosidad cervical, alterando la inmunidad local, facilitando la persistencia del VPH y la progresión de lesiones precancerosas.(14).

4.4.2.3 Actividad física.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere gasto de energía.

Se clasifica por intensidad en:

- Ligera (caminar lento, tareas domésticas suaves).
- Moderada (caminar rápido, bailar, bicicleta suave).
- Vigorosa (correr, deporte intenso, cargar peso).

Además, la OMS recomienda 150-300 minutos/semana de actividad moderada, o 75-150 minutos/semana de actividad intensa, o una combinación equivalente.

La actividad física moderada a intensa, realizada de forma regular, es un posible factor protector frente a la persistencia del VPH y al desarrollo de cáncer cervicouterino, mientras que el sedentarismo puede actuar como factor de riesgo.

4.4.3 Factores conductuales de tipo sexual-reproductivo.

4.4.3.1 Inicio temprano de vida sexual:

El inicio precoz de vida sexual está asociado a una mayor probabilidad de exposición al VPH además de contacto con diferentes cepas, con inóculos más grandes y mayor probabilidad de reinfecciones.

Existen también cambios en las características del epitelio cervical de acuerdo a la edad siendo estos más activos en la adolescencia y disminuyendo en la menopausia. En la adolescencia se produce migración fisiológica de la unión escamocolumnar hacia el endocérnix por lo cual el epitelio cilíndrico es reemplazado por epitelio plano estratificado originando la zona de transición donde la susceptibilidad de transformación maligna celular por VPH es mayor. (12)

4.4.3.2 Múltiples parejas sexuales:

El número de parejas sexuales y el riesgo de contraer la infección por VPH son directamente proporcionales, esto debido a que a medida aumenta la cantidad de personas con las que se tiene contacto sexo coital aumenta la probabilidad de exposición e infección de cualquier enfermedad de transmisión sexual y su contagio a más personas.

4.4.3.3 Uso de métodos anticonceptivos/falta o uso inadecuado de preservativo.

El preservativo reduce, pero no elimina el riesgo de infectarse con el VPH. Esto se debe a que el virus puede existir en la mayor parte del área ano genital, incluso en áreas no cubiertas por el condón masculino (13), sin embargo, el uso incorrecto o ausencia del mismo ya sea masculino o femenino durante las relaciones sexo coitales predisponen al contagio de las infecciones de transmisión sexual siendo su uso desmotivado por factores como el machismo, falta de información o creencias populares que hacen que la sexualidad sea vista como tabú.

Existen reportes controversiales sobre el uso de anticonceptivos hormonales por un periodo superior a cinco años, podrían actuar como cofactores e incrementando el riesgo de cáncer de cérnix en mujeres portadoras de VPH, además lesión intraepitelial que progresan a cáncer invasor.(9)

4.4.3.4 Coexistencia de enfermedades de transmisión sexual:

La coexistencia de otras enfermedades de transmisión sexual sirve como una especie de acelerador para la infección por VPH. La infección por Clamidia y Herpes Virus Simple tipo 2 produce inflamación cervical crónica e induce la formación de metabolitos mutagénicos, además la coinfección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana genera un estado de inmunosupresión que ocasiona que las lesiones sean de mayor prevalencia, persistencia y con mayor probabilidad de recidiva (9).

4.4.3.5 Paridad.

Se ha establecido que existe una asociación positiva entre la persistencia del VPH y los niveles altos de estrógenos que se observan durante los embarazos, principalmente en mujeres que han tenido 4 o más embarazos de término (9).

4.4.3.6 Reinfecion.

Tener antecedentes de una infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) no elimina el riesgo de adquirir otra infección por VPH, ya que el virus tiene muchos tipos diferentes y una infección pasada no necesariamente otorga inmunidad permanente contra otros tipos o incluso contra una reinfeción con el mismo tipo.(9).

4.5 INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

La infección puede ser latente o expresa. La infección latente es aquella en que hay infección de la célula, pero el virus permanece en estado inactivo y no hay efectos detectables en tejidos porque el virus no se reproduce. La infección expresa puede llegar a ser productiva y originar la formación de nuevos virus o neoplasias que ocasionen enfermedad preinvasora o cancerosa, las infecciones de este tipo se caracterizan porque el ciclo vital del virus queda completo y la población de partículas infectantes aumenta y concluyen con la muerte celular programada de células escamosas y la descamación desde la superficie epitelial (16).

4.5.1 Cambios cervicales debido a la infección por VPH.

El cuello uterino está compuesto por una porción vaginal externa llamada ectocérvix que está recubierta de epitelio escamoso maduro que se continúa con la pared vaginal. El epitelio escamoso converge centralmente en una pequeña apertura denominada orificio cervical externo, que conduce a la otra parte del cuello uterino que es el conducto endocervical. El endocérvix está recubierto por epitelio cilíndrico secretor de moco y la unión de este epitelio con el epitelio escamoso recibe el nombre de unión escamocilíndrica.

La posición de la unión escamocilíndrica es variable y cambia con la edad y las influencias hormonales, pero por lo general con el tiempo se desplaza en forma ascendente hacia el

conducto endocervical. Se puede producir metaplasia de estos tejidos si existe una sustitución del epitelio glandular por epitelio escamoso. El área del cuello uterino donde el epitelio cilíndrico se superpone con el escamoso es llamada zona de transformación y el entorno epitelial exclusivo del cuello uterino hace que sea muy susceptible a la infección por VPH. (17)

4.5.2 Manifestaciones clínicas.

Las manifestaciones clínicas comunes destacan los condilomas acuminados o verrugas genitales o anogenitales que son lesiones proliferativas benignas, generalmente múltiples de color rosado o blanco-grisáceo a veces pigmentadas y en su superficie se observan proyecciones filiformes o papilomatosas.

Por lo general son lesiones exofíticas sésiles o pediculadas, pero pueden ser aplanadas. Habitualmente se localizan en la región anogenital o en zonas de mayor traumatismo durante el acto sexual, pero pueden aparecer en el pubis, región inguinal, perineales y perianales e incluso en el canal anal, meato uretral, vagina, cérvix y cavidad oral. Su tamaño es variable, desde pocos milímetros a varios centímetros. Los síntomas acompañantes pueden ser prurito, exudación y ocasionalmente sangrado. En otras ocasiones se presentan como infecciones subclínicas, mismas que se identifican de manera indirecta en el estudio citológico en la forma de lesiones intraepiteliales escamosas de baja malignidad (LSIL), en la forma de anomalías colposcópicas y en el estudio histológico por condilomas planos o CIN 1. (16)

4.6 RELACIÓN ENTRE VPH Y CÁNCER CERVICOUTERINO

En el caso del cáncer de cuello uterino, el VPH es considerado como un factor de riesgo; el VPH produce lesiones en la piel y en la mucosa genital. La infección por VPH puede ser asintomática y resolverse de forma espontánea, aunque existe el riesgo en mujeres que esta se cronifique y se produzcan lesiones precancerosas que evolucionen a cáncer de cuello uterino invasivo. De acuerdo con la literatura, esta puede tardar de 15 a 20 años, lo cual dependerá del sistema inmunitario, como del tratamiento. (15).

4.6.1 Infección neoplásica por VPH.

En donde hay células infectadas en una situación vulnerable que experimenta la transformación cancerosa por la pérdida del control del ciclo celular. En las lesiones preinvasoras se interrumpe la diferenciación epitelial normal. En la mayoría de los casos, la neoplasia cervical intraepitelial (CIN) aparecen en una zona de metaplasia de la zona de transformación en la unión escamocilíndrica y avanza hacia el orificio cervical externo sobre las vellosidades columnares que delimitan el área de transformación. La CIN aparece con más frecuencia durante la menarquía o después de un embarazo que es cuando la metaplasia se encuentra más activa a diferencia del periodo posterior a la menopausia que existe menos riesgo de desarrollar una CIN debido a la poca actividad de la metaplasia por un descenso hormonal (18).

4.6.2 Criterios diagnósticos para neoplasia intraepitelial.

Los criterios para el diagnóstico de una neoplasia intraepitelial varían según el patólogo, pero los aspectos más importantes son: la inmadurez celular, la desorganización celular, las anomalías nucleares y el aumento de la actividad mitótica. El grado de la neoplasia se identifica según la extensión de la actividad mitótica, la proliferación celular inmadura y las atipias nucleares encontradas.

Tipos de neoplasias intraepiteliales:

- CIN 1: las mitosis y las células inmaduras solo están presentes en el tercio inferior del epitelio
- CIN 2 y 3: implicación del tercio medio y del superior.

En la actualidad se sabe que la mayoría de CIN 1 y algunas CIN 2 desaparecen de forma espontánea, sin embargo, el término CIN de alto grado se refiere a una lesión que puede progresar a carcinoma invasor si se deja sin tratamiento. La metaplasia proliferativa sin actividad mitótica no debe llamarse displasia o CIN porque no progresa a cáncer invasivo (18).

4.7 PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

4.7.1 Prevención Primaria

La prevención primaria del cáncer cérvico uterino, son todas las medidas o acciones destinadas a evitar que el cáncer aparezca. Para lograrlo deberán ejecutarse acciones encaminadas a que las personas conozcan sobre: la causa, los factores de riesgo, sus formas de transmisión, como evitarlo, sus manifestaciones, la manera de detectarlo, el tratamiento según el progreso de la enfermedad y los cuidados que se deben tener.

Vacunación en contra de VPH

En los CDC, la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) se recomienda rutinariamente para preadolescentes de 11 a 12 años, aunque la vacunación puede iniciarse desde los 9 años.

A los 9 -12 años

- Se necesitan 2 dosis de la vacuna contra el VPH, con 6-12 meses de separación.
- Si se ponen las vacunas con menos de 5 meses de separación, se necesitará una 3.a dosis.

Si se empieza la serie después de los 15 años:

- Se necesitan 3 dosis de la vacuna contra el VPH en un plazo de 6 meses.

Esto incluye tanto a adolescentes como a adultos jóvenes hasta los 26 años que no hayan sido vacunados o completado la serie. Entre los 27 y 45 años, la vacuna no se recomienda de rutina para todas las personas, pero sí puede considerarse bajo una decisión clínica compartida, valorando el riesgo de exposición al VPH y los beneficios potenciales.

Los efectos secundarios más comunes de la vacuna contra el VPH son leves e incluyen:

- Dolor, enrojecimiento o hinchazón en el lugar de la inyección.
- Fiebre

- Mareos o desmayos (desmayarse después de recibir una vacuna inyectable, incluida la vacuna contra el VPH, es más común entre los adolescentes)
- Náuseas
- Dolor de cabeza o sensación de cansancio
- Dolor muscular o en las articulaciones

Las contraindicaciones incluyen alergias graves conocidas a componentes de la vacuna o reacción anafiláctica previa, incluyendo alergias a la levadura en vacunas que la contienen, y embarazo; si una persona descubre que está embarazada después de haber comenzado la serie, se debe posponer la continuación hasta después del embarazo. Otros puntos importantes de los CDC son que la vacuna no trata infecciones ya existentes ni condiciones causadas por el VPH antes de la vacunación, sólo previene nuevas infecciones de los tipos incluidos en la vacuna, que la vacuna puede administrarse simultáneamente con otras vacunas, y que los efectos adversos severos son raros.

La vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) fue introducida en El Salvador en noviembre de 2020, como parte del Esquema Nacional de Vacunación impulsado por el Ministerio de Salud (MINSAL), con el objetivo de prevenir el cáncer cervicouterino. En su implementación inicial, se aplicó de manera gratuita y prioritaria a niñas de 9 años en todas las unidades de salud del país, alcanzando una cobertura cercana al 90 % en los primeros años de aplicación. Según la Memoria de Labores de junio 2024 a mayo 2025, el país cambió su esquema a una sola dosis, aplicable a niñas y adolescentes de entre 9 y 18 años. Además, esa misma memoria reporta que para niños se aplica la vacuna a los de 9 a 11 años. (13)

El preparado utilizado corresponde a la vacuna tetravalente Gardasil® (contra VPH tipos 6, 11, 16 y 18), distribuida a través de los programas oficiales de inmunización y respaldada por la cooperación internacional, siendo hasta la actualidad la base de la estrategia nacional para la prevención del VPH.

4.7.2 Prevención Secundaria

La prevención secundaria del cáncer de cuello uterino, basada en la historia natural de la enfermedad y de acuerdo a la evidencia científica más actualizada, son todas las medidas o acciones destinadas a detectar las lesiones precancerosas y el cáncer de cérvix en estadios iniciales, con el fin de aumentar la tasa de curación de la enfermedad.

Los avances en la búsqueda y detección precoz del cáncer cervicouterino han evolucionado desde 1920 donde el doctor George Nicolás Papanicolaou comenzó a realizar estudios de citología en humanos mismas pruebas que han ido evolucionando hasta lo que hoy conocemos.

El grupo de mayor prioridad para la detección temprana del cáncer cérvico uterino es el de las mujeres de 30 a 59 años. Los programas organizados de cribado poblacional mediante tamizajes (PAP y Prueba de VPH), han demostrado su eficacia al disminuir la incidencia y mortalidad de cáncer de cérvix, cuando se alcanzan coberturas por encima del 70%-80 % de la población, de manera sistemática y continuada durante muchos años.

Las recomendaciones de la OPS/OMS (19) respecto al tamizaje del cáncer cervicouterino se refieren a lo siguiente:

Se dispone de tipos diferentes de pruebas de tamizaje:

- **Citología convencional (Papanicolaou) y en medio líquido (LBC).**

El PAP, se basa en el estudio morfológico de las células obtenidas por la exfoliación del epitelio cervical, con el fin de detectar anomalías celulares.

Se recomienda el tamizaje con PAP (citología convencional), a mujeres de 20 a 29 años de edad. En mujeres menores de 20 años, se recomienda la toma de PAP de acuerdo a la valoración de riesgo individual. La frecuencia más aceptada para la repetición de la prueba es cada dos años, cuando el PAP previo ha sido reportado negativo.

Entre sus ventajas se encuentran:

- Su bajo costo
- Amplia disponibilidad

- La experiencia acumulada en la mayoría de los sistemas de salud, lo que ha permitido su implementación en programas poblacionales.
- Además, permite observar directamente alteraciones morfológicas de las células.

Sin embargo, presenta limitaciones importantes:

- Su sensibilidad es baja en comparación con otros métodos, lo que puede llevar a resultados falsamente negativos
- Requiere personal entrenado tanto en la toma de la muestra como en la lectura
- La interpretación puede ser variable y subjetiva
- Se necesita repetir con intervalos relativamente cortos, para mantener su efectividad.
- **Inspección visual con ácido acético (IVAA).**

La evaluación visual con ácido acético, consiste en la observación del cuello uterino a simple vista (sin aumento) después de aplicarle ácido acético, con el fin de detectar áreas anormales.

- **Prueba de VPH.**

La prueba de VPH se utiliza para detectar el ADN de los VPH de alto riesgo oncogénico en las células del cérvix, antes de que se produzcan cambios celulares visibles. En combinación con la observación utilizando ácido acético, es muy útil para detectar lesiones cervicales precancerosas en mujeres de 30 años o más y definir si pueden ser tratadas con crioterapia o deben ser referidas a colposcopia.

La prueba de VPH no debe ser utilizada para tamizar a mujeres menores de 30 años, ya que en ellas las infecciones por VPH suelen ser transitorias y desaparecen espontáneamente en un 90%.

Las pruebas de tamizaje para el virus del papiloma humano se han introducido en Latinoamérica desde el 2007, siendo Costa Rica uno de los países pioneros en realizar detección precoz mediante por citología o prueba de VPH, aunque muchos países de Latinoamérica siguen recomendando la citología como prueba principal. Países como México lograron iniciar con las pruebas de tamizaje de VPH para el 2013 con un rango de edad de 35 a 64 años, y sólo Panamá recomienda prueba conjunta de VPH y citología (18).

Entre los avances de las pruebas de tamizaje para VPH se encuentra el auto muestreo que, entre tantas ventajas, prioriza la privacidad y pudor de la paciente. para El Salvador en el 2015 se dio una de las primeras actualizaciones más importantes en el Screening de cáncer cervicouterino, pero no fue hasta el año 2020 cuando se institucionalizó la prueba de VPH a nivel primario y cabe mencionar que para el 2022 se tenía cobertura de casi el 100% del primer nivel de atención (20).

No obstante, también tiene desventajas: su costo es más elevado, requiere infraestructura y logística de laboratorio más complejas, y presenta menor especificidad, ya que puede detectar infecciones transitorias que se resolverán espontáneamente, especialmente en mujeres jóvenes, lo que podría generar sobrediagnóstico o ansiedad innecesaria.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio descriptivo, de corte transversal, con un enfoque cuantitativo. Debido a que se encuentra en un espacio temporal definido y limitado y describe de forma instantánea el comportamiento epidemiológico de la población seleccionada en dicho periodo.

5.2 ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad, San Salvador, Zona Metropolitana de El Salvador. En el periodo de tiempo constituido de Agosto a Septiembre de 2025.

5.3 UNIVERSO Y MUESTRA

5.3.1 Población

La población de estudio está compuesta por las mujeres de 30 a 59 años que se sometan al tamizaje de VPH en la USI San Antonio Abad.

5.3.2 Muestra

Por motivos de una población limitada, fue pertinente un muestreo por casos consecutivos y consiste en la totalidad de todas las usuarias que cumplan con los criterios de inclusión, es decir 50 pacientes.

5.3.2.1 Criterios de selección de la muestra

- Criterios de Inclusión:
 - Mujeres de entre 30 a 59 años.
 - Mujeres que acuden a la consulta en USI San Antonio Abad para realizarse el tamizaje de VPH (prevención del cáncer cervicouterino) en el periodo de Agosto a Septiembre de 2025.

- o Mujeres que aceptan participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado de acuerdo con los procedimientos éticos establecidos.
 - o Mujeres sin diagnóstico previo de cáncer cervicouterino que se someten al tamizaje.
- Criterios de no inclusión:

A continuación se enlistan los criterios que determinan los casos en los que la persona no será considerada para el estudio, aunque no cumplen con los criterios de exclusión estrictos:

- o Mujeres con un diagnóstico confirmado de cáncer cervicouterino.
- o Mujeres con antecedentes de procedimientos quirúrgicos recientes en el área cervical que impidan la realización del tamizaje o que interfieran en la toma de la muestra.
- o Mujeres con condiciones médicas que contraindiquen el procedimiento de toma de muestra.
- o Mujeres en estado de embarazo confirmado.

5.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

5.4.1 Variables

Objetivo específico 1:

- Identificar los factores sociodemográficos de mujeres en edad de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en la USI San Antonio Abad.

Factores sociodemográficos: Rasgo, característica o circunstancia de exposición en el ámbito socio-demográfico propio de un individuo que aumente su probabilidad de infectarse por VPH.

Variable cuantitativa nominal.

Objetivo específico 2:

- Determinar los factores de riesgo personales de mujeres en edad de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad.

Factores de riesgo personales: Rasgo, característica o circunstancia de exposición en el ámbito personal de un individuo que aumente su probabilidad de infectarse por VPH.

Variable cuantitativa nominal.

Objetivo específico 3:

- Identificar factores conductuales de tipo sexual-reproductivo en mujeres en edad de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad.

Factores conductuales de tipo sexual-reproductivo: Rasgo, característica o circunstancia de exposición en el ámbito sexual-reproductivo propio de un individuo que aumente su probabilidad de infectarse por VPH.

Variable cuantitativa nominal.

5.4.2 Operacionalización de variables

Objetivo 1: Identificar los factores sociodemográficos de mujeres en edad de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en la USI San Antonio Abad.								
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valores	Técnica	Instrumento	No. de Pregunta	Fuente
Factores sociodemográficos:	Rasgo, característica o circunstancia de exposición en el ámbito socio-demográfico propio de un individuo que aumente su probabilidad de infectarse por VPH.	Características sociales y demográficas	Edad	30-39 años.	Revisión	Cuestionario	No. 1	Ficha de información del paciente en SIS
				40-49 años.				
				50-59 años.				
			Área de procedencia	Rural.	Encuesta	Cuestionario	No. 2	Paciente (fuente directa)
				Urbana.				
			Nivel educativo	Alfabeta	Encuesta	Cuestionario	No. 3	Paciente (fuente directa)
				Analfabeta				
				Ninguno.				
				Básica (1° a 9° grado).				
				Bachillerato (General o técnico).				
Técnico.								
Universitario.								

			Ocupación	Desempleado.	Encuesta	Cuestionario	No. 4	Paciente (fuente directa)
		Ama de casa.						
		Estudiante.						
		Jubilada/pensionada.						
		Empleado informal/Negocio propio.						
		Empleado formal.						
		Estado civil	Soltera.	Encuesta	Cuestionario	No. 5	Paciente (fuente directa)	
			Casada.					
			Acompañada.					
			Divorciada.					
			Viuda.					

Objetivo 2: Determinar los factores personales mujeres en edad de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en la USI San Antonio Abad.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valores	Técnica	Instrumento	No. de Pregunta	Fuente
Factores de riesgo personales	Rasgo, característica o circunstancia de exposición en el ámbito personal de un individuo que aumente su probabilidad de infectarse por VPH.	Hábitos de riesgo	Estado nutricional	Bajo peso (<18.5).	Toma de peso	Bascula mecánica con tallimetro	No. 6	Datos de enfermería
				Peso normal (18.5 - 24.9).				
				Sobrepeso (25 - 25.9).				
				Obesidad grado 1 (30 - 34.9).	Toma de Estatura			
				Obesidad grado 2 (35 - 39.9).				
				Obesidad grado 3 (>40).				
			Fumador	Fumador pasivo.	Encuesta	Cuestionario	No. 7	Paciente (fuente directa)
				Fumador activo.				
				Ninguno.				
			Consumo de alcohol	Nunca (abstinente).	Encuesta	Cuestionario	No. 8	Paciente (fuente directa)
				Menos de una vez al mes (consumo ocasional).				
				1-3 veces al mes (consumo moderado).				
1-4 veces por semana (consumo riesgoso).								

				Casi todos los días (consumo perjudicial/ dependiente)				
			Actividad física diaria	Ligera (caminar lento, tareas domésticas suaves).	Encuesta	Cuestionario	No. 9	Paciente (fuente directa)
		Moderada (caminar rápido, bailar, bicicleta suave).						
		Vigorosa (correr, deporte intenso, cargar peso).						

Objetivo 3: Identificar factores conductuales de tipo sexual-reproductivo en mujeres en edad de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en la USI San Antonio Abad.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valores	Técnica	Instrumento	No. de Pregunta	Fuente
Factores conductuales de tipo sexual-reproductivo:	Rasgo, característica o circunstancia de exposición en el ámbito sexual-reproductivo propio de un individuo que aumente su probabilidad de infectarse por VPH.	Comportamientos, prácticas y antecedentes relacionados con la vida sexual y reproductiva de las mujeres	Fecha de última regla (FUR)	FUR < 1 mes.	Encuesta	Cuestionario	No. 10	Paciente (fuente directa)
				FUR 1 – <3 meses.				
				FUR 3 – <6 meses.				
				FUR ≥ 6 meses – <12 meses.				
				FUR ≥ 12 meses.				
				FUR desconocida.				
			Paridad (P)	P0	Encuesta	Cuestionario	No. 11	Paciente (fuente directa)
				P1				

				P2–P3				
				P \geq 4				
			Fecha de último parto (FUP)	< 1 año.	Encuesta	Cuestionario	No. 12	Paciente (fuente directa)
				1 – <5 años.				
				5 – <10 años.				
				\geq 10 años.				
				No recuerda.				
				No aplica				
			Prematuros (P)	Ninguno (0).	Encuesta	Cuestionario	No. 13	Paciente (fuente directa)
				Uno o más (\geq 1).				
			Abortos (A)	A0	Encuesta	Cuestionario	No.14	Paciente (fuente directa)
				A1				

				$A \geq 2$				
VIVOS (V)				V0	Encuesta	Cuestionario	No.15	Paciente (fuente directa)
				V1-V3				
				$V \geq 4$				
Sexarquia				Menor de 18 años.	Encuesta	Cuestionario	No. 16	Paciente (fuente directa)
				18-21 años.				
				Mayor a 21 años.				
Número de parejas sexuales				Ninguna.	Encuesta	Cuestionario	No. 17	Paciente (fuente directa)
				1 - 2 parejas.				
				2 - 3 parejas.				
				Más de 4 parejas.				

			Tipo de pareja sexual	Estable.	Encuesta	Cuestionario	No. 18	Paciente (fuente directa)
				Casual.				
				Múltiples parejas.				
				No aplica.				
			Ha tenido relaciones sexuales con	Mujeres.	Encuesta	Cuestionario	No. 19	Paciente (fuente directa)
				Hombres.				
				Trabajadores/as sexuales.				
				Otros.				
			Sexualmente activa	SI.	Encuesta	Cuestionario	No. 20	Paciente (fuente directa)
				NO.				
			Método anticonceptivo actual	Ninguno.	Encuesta	Cuestionario	No. 21	Paciente (fuente directa)
				Barrera (condón).				

				Pastillas (ACO)				
				Inyectable.				
				Implante subdérmico.				
				Implante intrauterino (DIU).				
				Esterilización quirúrgica				
			Antecedentes de enfermedad de transmisión sexual	SI.	Encuesta	Cuestionario	No. 22	Paciente (fuente directa)
				NO.				
			Antecedente de citología	SI.	Encuesta	Cuestionario	No. 23	Paciente (fuente directa)
				NO.				
			Antecedente de Test de VPH	SI.	Encuesta	Cuestionario	No. 24	Paciente (fuente directa)
				NO.				

			Antecedente de infección por VPH	SI.	Encuesta	Cuestionario	No. 25	Paciente (fuente directa)
				NO.				
				No aplica.				
			Cuenta con vacuna contra el VPH	SI.	Encuesta	Cuestionario	No. 26	Paciente (fuente directa)
				NO.				

5.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.5.1 Fuentes de información: Debido a que la investigación requirió del contacto directo con el sujeto de estudio y a partir de este mismo, se procedió con la recopilación de manera directa con cada uno de los sujetos de la población. Por ello, se considera que la información es primaria, es decir, se trata de información nueva y original que no ha sido recopilada anteriormente o si es el caso, ha sido recopilada de manera muy general y con otros fines. En el caso de esta investigación se hizo uso de un cuestionario basado en los objetivos planteados y la operacionalización de estos. Además se hizo uso del Sistema de vigilancia VIGEPES, libros de control de tamizaje y seguimiento para la detección temprana del cáncer cervicouterino.

5.5.2. Técnicas: En la presente investigación se utilizó como técnica de investigación la encuesta con preguntas exclusivamente cerradas, con el fin recolectar las características epidemiológicas de la población de estudio, en base a la información obtenida por medio de la revisión bibliográfica. Además se hizo uso de la técnica de revisión de expedientes clínicos y formulario para tamizaje de cáncer cérvico uterino del MINSAL para verificación de resultado de prueba.

5.5.3 Instrumento:

5.5.3.1 Cuestionario:

El presente cuestionario fue diseñado como un instrumento estructurado de recolección de datos, destinado a cumplir con el objetivo general de la investigación: establecer los factores de riesgo de mujeres en edad de 30 a 59 años a quienes se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad. El cuestionario fue elaborado en base a una revisión bibliográfica y metodológica de estudios similares en salud pública y epidemiología, y responde específicamente a los objetivos específicos del estudio, organizando sus ítems en bloques temáticos alineados con las variables de interés las cuales se exponen en la operacionalización de variables.

Se utilizó un enfoque de corte transversal con alcance descriptivo y cuantitativo, por lo que se prioriza un diseño claro, preciso y adaptado al contexto de atención primaria en salud. El cuestionario fue aplicado de manera directa mediante entrevista guiada por el profesional de salud, asegurando la comprensión adecuada de cada ítem por parte de los participantes.

El cuestionario está compuesto por 26 ítems con preguntas exclusivamente cerradas con un formato de selección múltiple. Además están distribuidas en secciones, según cada objetivo planteado anteriormente permitiendo sistematizar los datos para su análisis cuantitativo y descriptivo posterior. Además, incluye espacios abiertos para registrar información cronológica clave (como FUR y FUP), relevantes para el análisis clínico-reproductivo.

La sección 1 corresponde a la recolección de factores sociodemográficos lo cual permitió caracterizar la población desde una perspectiva estructural y social, fundamentales en los estudios de salud poblacional.

La sección 2 se compone por los factores de riesgo personales asociados con mayor riesgo de infección por VPH o progresión hacia lesiones premalignas o malignas del cuello uterino.

La sección 3 evaluar los factores conductuales de tipo sexual-reproductivo las cuales representan un eje fundamental en la transmisión del VPH, estos datos aportan una visión integral sobre el comportamiento sexual y las prácticas preventivas que pueden influir en la prevalencia de infección por VPH.

5.6 PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

5.6.1 Procesamiento de datos

En el trabajo de investigación se recolectaron datos a través de la encuesta descrita anteriormente, la cual se basa en la información obtenida mediante la revisión bibliográfica para recopilar los datos basados en los objetivos planteados. Se asignó un número correlativo a cada paciente para identificar a cada sujeto preservando el anonimato. Posteriormente los datos fueron procesados de forma electrónica en una base de datos creada utilizando el programa Google Sheets; Cada fila de la hoja de cálculo representa a una participante, mientras que cada columna corresponde a una variable del estudio descritas en la operacionalización de variables. Las variables son de tipo cuantitativo nominal, por lo tanto, se codificaron con valores numéricos para facilitar el análisis estadístico posterior, respetando las categorías asignadas para cada ítem. Esta estructura permite un registro ordenado, facilitando tanto la visualización como el análisis de los datos de forma eficiente y precisa.

5.6.2 Presentación de datos

La presentación de los datos se realizó mediante tablas de frecuencia, tablas de doble entrada y gráficos estadísticos que representan adecuadamente los objetivos planteados.

Además se elaboraron tablas cruzadas para analizar la relación entre los factores, permitiendo identificar patrones relevantes que aporten al objetivo de la investigación. Para los objetivos específicos se exponen los resultados de cada grupo de factores por separado, detallando porcentajes y frecuencias absolutas lo cual permitió identificar patrones de asociación.

Además se emplearon gráficos de barra facilitando la comparación visual de las frecuencias o porcentajes de cada categoría, gráficos de pastel buscando representar la proporción por cada categoría con respecto al total y gráficos de barra agrupadas que permitieran comparar fácilmente la frecuencia o el porcentaje de una variable dentro de las categorías de otra.

5.6.3 Análisis de datos

El análisis de datos comprende un enfoque coherente con el diseño metodológico descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo del estudio, esto permite determinar medidas de tendencia central, específicamente la moda. Este enfoque integral permite identificar los factores más relevantes asociados al riesgo de infección por VPH en la población estudiada.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante la investigación se tuvo como prioridad resguardar la información personal, médica y pudor de las pacientes con el fin de obrar en función del mayor beneficio posible. Toda la información que se obtuvo de cada expediente clínico no tuvo ni tendrá otro fin o propósito más que académico, por lo que la divulgación fuera de dicho estudio será con previa autorización y bajo los lineamientos establecidos por el Comité de Ética correspondiente y las autoridades pertinentes siempre y cuando sus objetivos sean en beneficio de la población en estudio.

La información recolectada por medio del cuestionario se obtuvo y presenta bajo el consentimiento de los participantes. Se estipula que todos los participantes involucrados en esta investigación recibieron información acerca del objetivo y fin que esta tiene, así mismo se les informó sobre los datos que se desean recopilar, el carácter confidencial de estos y el anonimato del participante en todo momento.

Comunicándose el derecho que gozan a no poder participar en la encuesta o abandonar su participación, si lo considera oportuno se extendió lo anterior mencionado en el documento “Consentimiento Informado para Participantes de Investigación” (Anexo No. 2).

Bajo los principios éticos fundamentales de respeto, confidencialidad, beneficencia y no maleficencia, con el objetivo de proteger la dignidad, los derechos y el bienestar de las participantes, la información obtenida para la presente investigación fue y es resguardada de manera estricta y confidencial. Se diseñó una base de datos digital en la plataforma Google Sheets, la cual estará alojada en la nube mediante el servicio Google Drive. El acceso a dicha base de datos está restringido exclusivamente a las investigadoras responsables del estudio, mediante cuentas de correo electrónico institucionales previamente autorizadas. De este modo, se garantiza que ningún tercero pueda acceder, visualizar o manipular la información sin consentimiento previo.

Además, los datos recopilados no contendrán información que permita identificar directamente a las participantes, asegurando su anonimato en todas las etapas del estudio y,

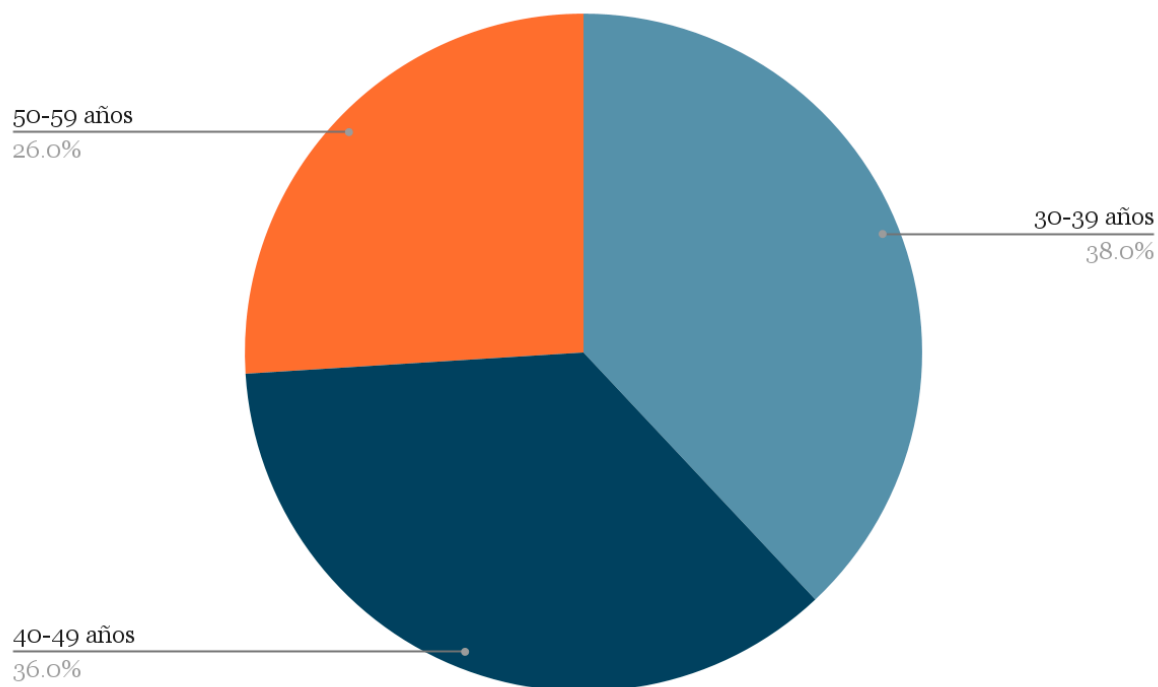
como se mencionó anteriormente, esta información es y será utilizada únicamente con fines académicos y científicos, conforme a los objetivos de la presente tesis.

La base de datos actualmente es resguardada durante todo el proceso de elaboración, revisión y defensa del trabajo de grado. Una vez concluido el proceso, y habiendo cumplido con todos los requisitos académicos y administrativos correspondientes, la base de datos será eliminada de forma permanente, con el fin de preservar la confidencialidad de las participantes y evitar cualquier uso posterior no autorizado.

VII. RESULTADOS

7.1 Factores sociodemográficos

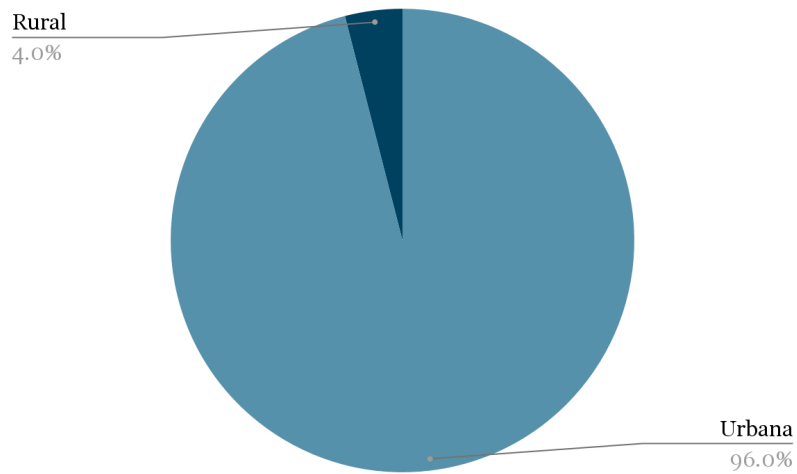
Gráfico No. 1: Grupos de edad.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: El grupo de 30 a 39 años representa la mayor proporción, con 19 personas, lo que equivale al 38% del total. El grupo de 40 a 49 años tiene 18 personas, que corresponden al 36%. El grupo de 50 a 59 años cuenta con 13 personas, es decir, el 26%.

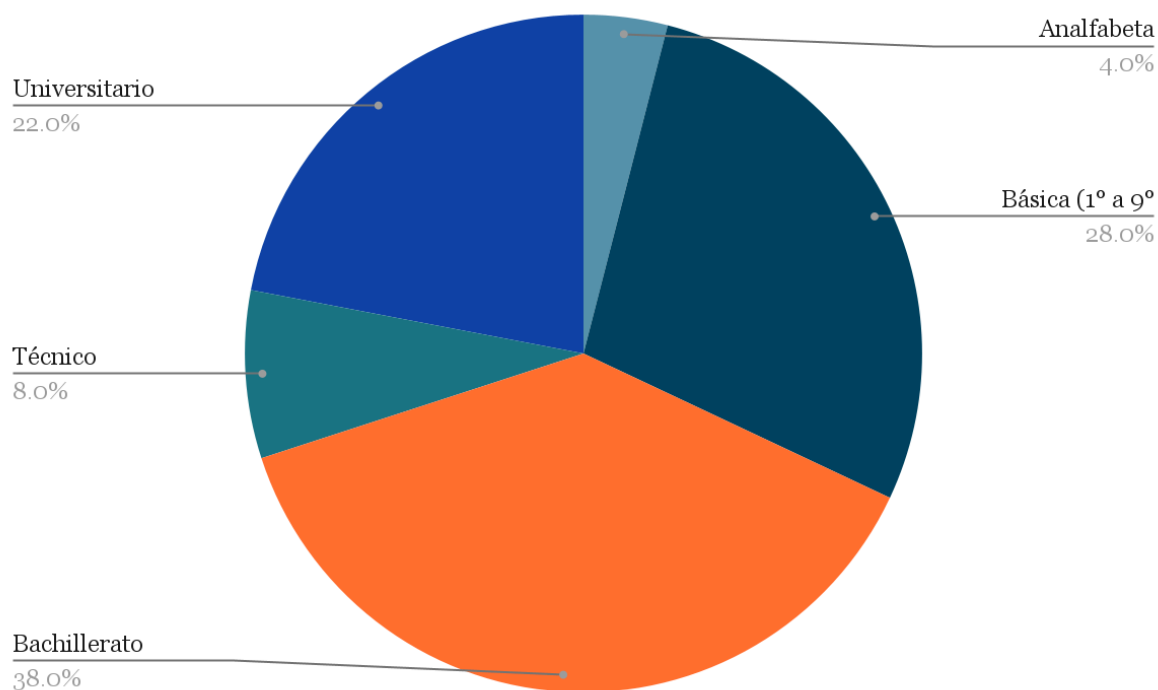
Gráfico No. 2: Área de procedencia.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: La mayoría de los participantes proviene del área urbana, con 48 personas, lo que representa el 96% del total. Solo 2 personas proceden del área rural, equivalente al 4%.

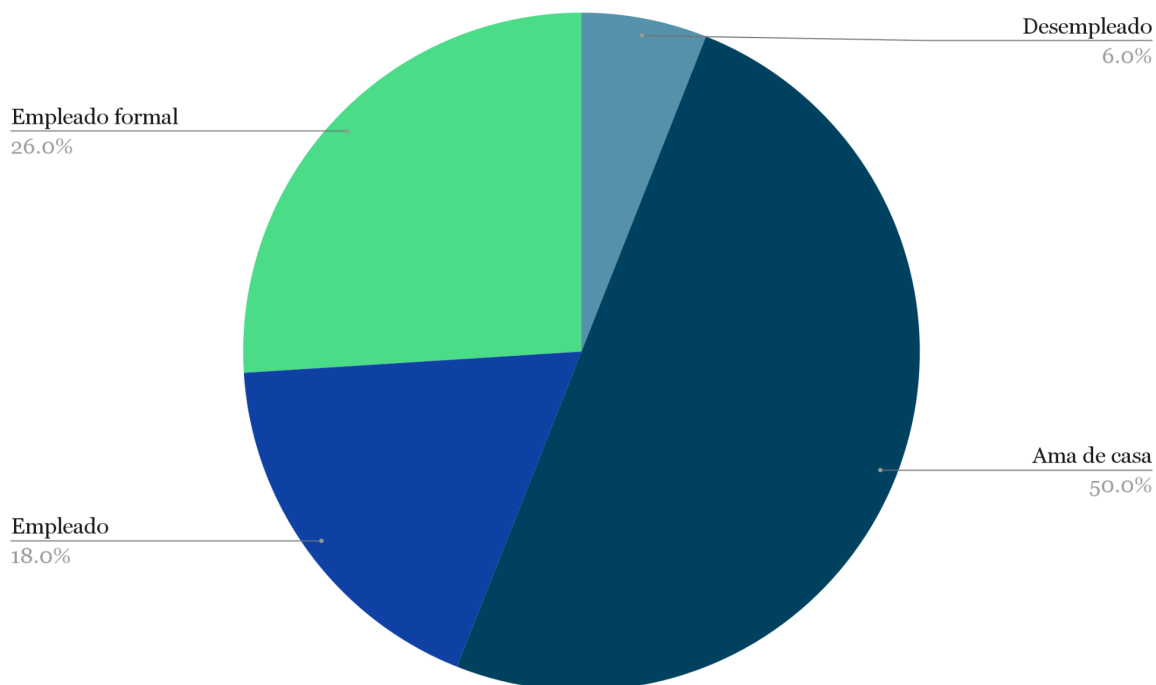
Gráfico No. 3: Nivel educativo.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: 2 personas (4%) son analfabetas, 14 personas (28%) poseen educación básica (de 1º a 9º grado), 19 personas (38%) alcanzaron el nivel de bachillerato (general o técnico), 4 personas (8%) tienen formación técnica, 11 personas (22%) poseen educación universitaria

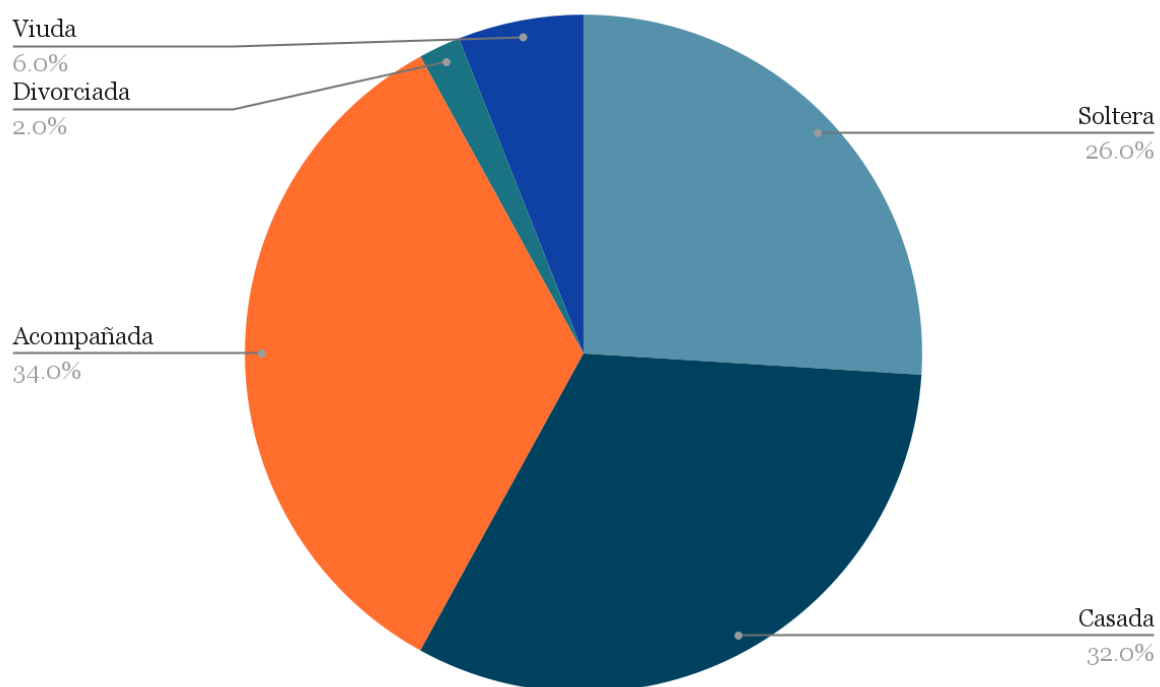
Gráfico No. 4: Ocupación.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: la mayor proporción como ama de casa con un total de 25 mujeres (50%), siguiendo con mujeres con empleo formal con un total de 13 mujeres (26%), empleo informal con un total de 9 mujeres (18%), finalmente 3 mujeres que se realizaron tamizaje de VPH respondió encontrarse desempleadas.

Gráfico No. 5: Estado civil

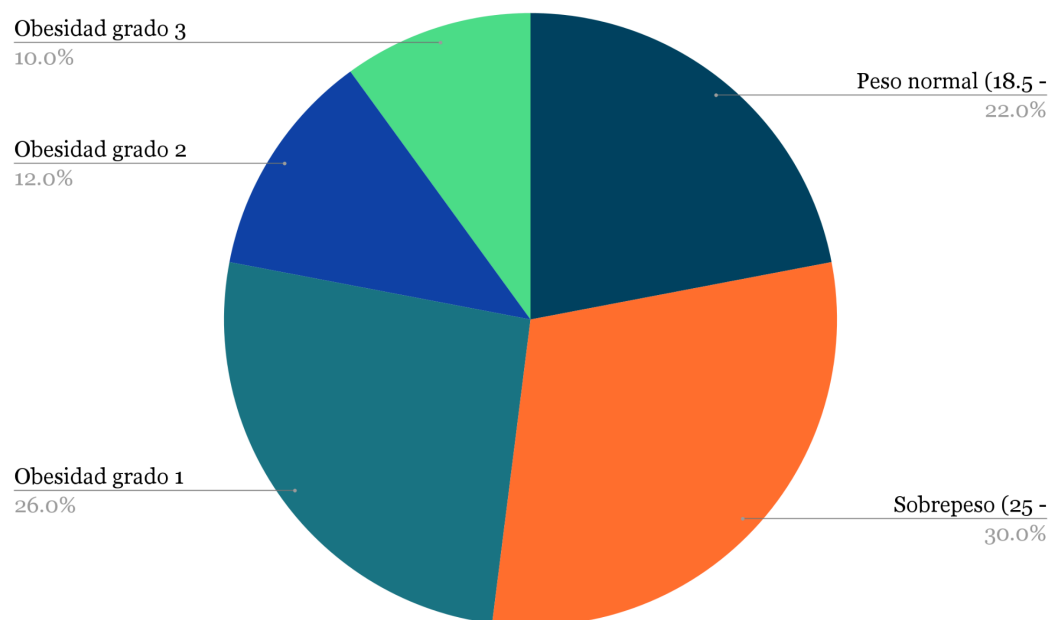


Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: aquellas mujeres que estaban acompañadas conformando un grupo de 17 mujeres (34%), siguiendo a mujeres que se encontraban casadas con un valor de 16 participantes (32%), posteriormente el 26% que corresponde a un total 13 de mujeres, estaban solteras, además una minoría que correspondía estado civil viuda (6%) y divorciadas (2%).

7.2 Factores personales:

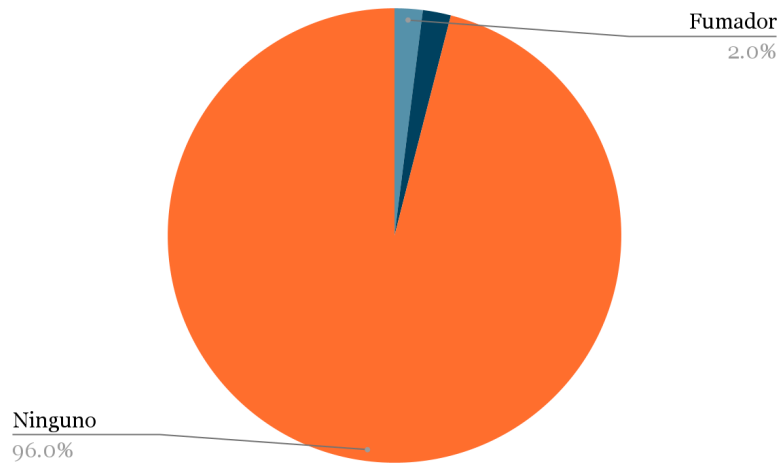
Gráfica No. 6: Estado nutricional.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: se puede evidenciar un porcentaje considerable del 30% con respecto a sobrepeso con 15 participantes. Además el 22% de mujeres que participaron en este estudio se encuentran con peso normal o adecuado según su IMC. Posteriormente en las clasificaciones correspondientes a obesidad: obesidad grado 1 con un 26%, obesidad grado 2 con un 12%, obesidad grado 3 con un 10, haciendo un total de 48% de las mujeres que se encuentran en Obesidad.

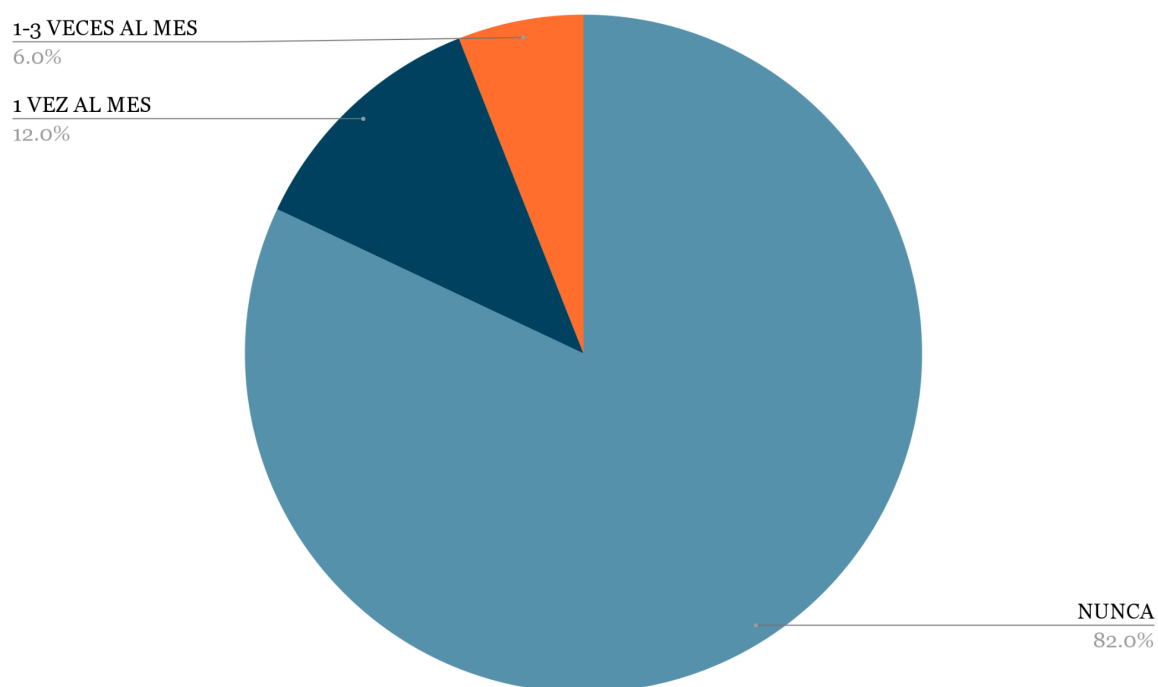
Gráfica No. 7: Hábito tabaquista.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: la mayor parte de mujeres que se realizaron el tamizaje de VPH se encuentra entre el 96% que no fuma ni está expuesta de manera pasiva, el otro porcentaje faltante corresponde al 2% tanto para fumadora pasiva como activa.

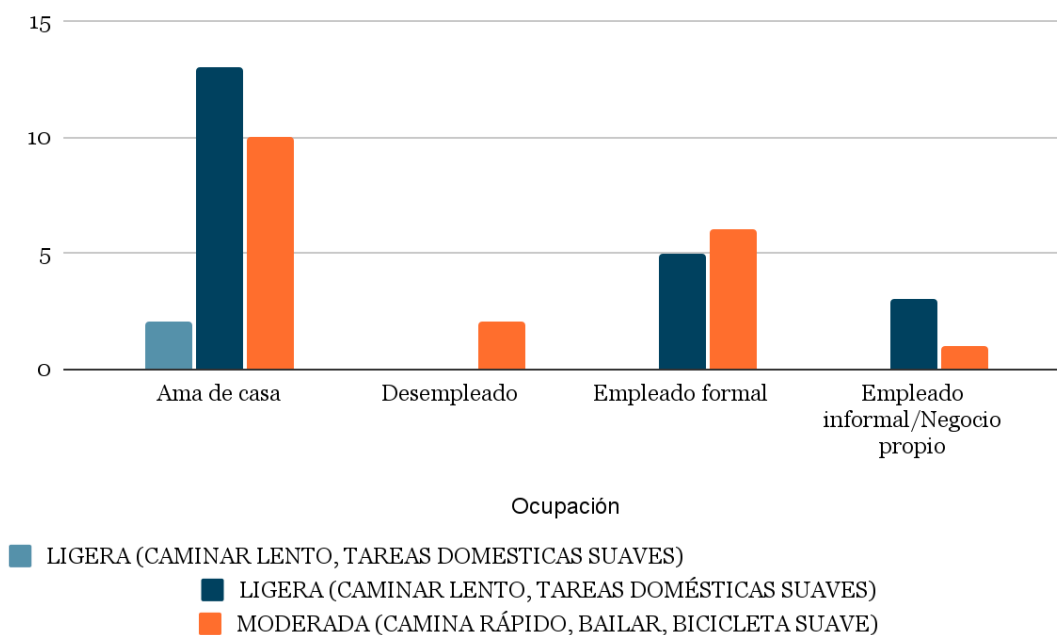
Gráfica No. 8: Hábito etilista.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: los resultados muestran que un 82% de las mujeres que se realizaron la prueba de VPH no consume alcohol, solo un 12% de mujeres que se realizaron el tamizaje consume alcohol 1 vez al mes y el otro porcentaje restante que es 6% consume alcohol 1-3 veces al mes, lo que representa un consumo ocasional.

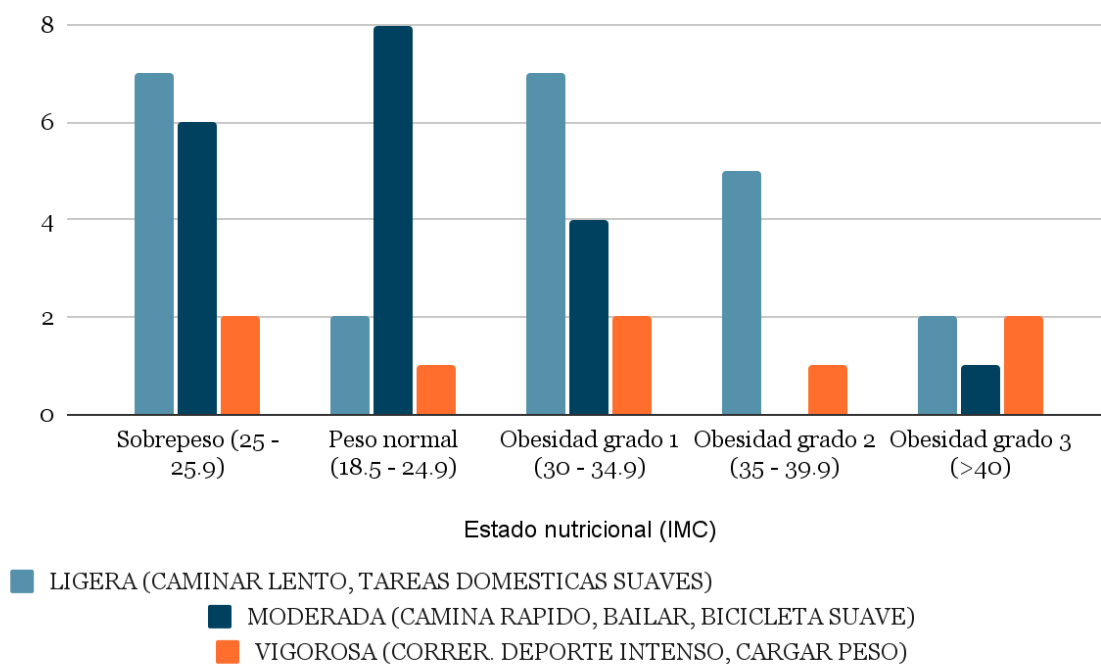
Gráfica No. 9 : Actividad física y la ocupación.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: se puede observar que la actividad ligera fue predominante, lo que corresponde a un 23% principalmente ama de casa, posteriormente el 19% de mujeres indicaron realizar actividad física moderada, además en actividad física vigorosa se obtuvo un 8% de mujeres.

Gráfica No. 10: Actividad física y el estado nutricional.

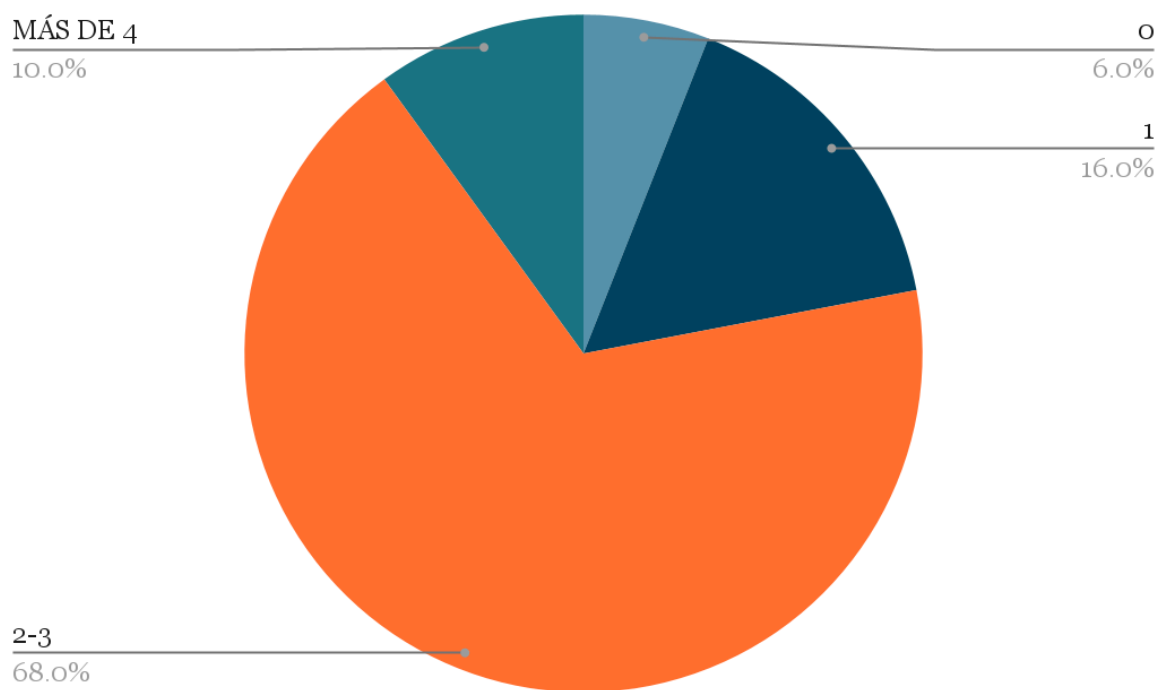


Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: el presente gráfico permite evidenciar que la actividad ligera predomina en mujeres con sobrepeso y obesidad que corresponde el 46% del total. La actividad física moderada, es más frecuente en mujeres con peso normal y sobrepeso con un total de 38%.

7.3 Factores conductuales de tipo sexual-reproductivo:

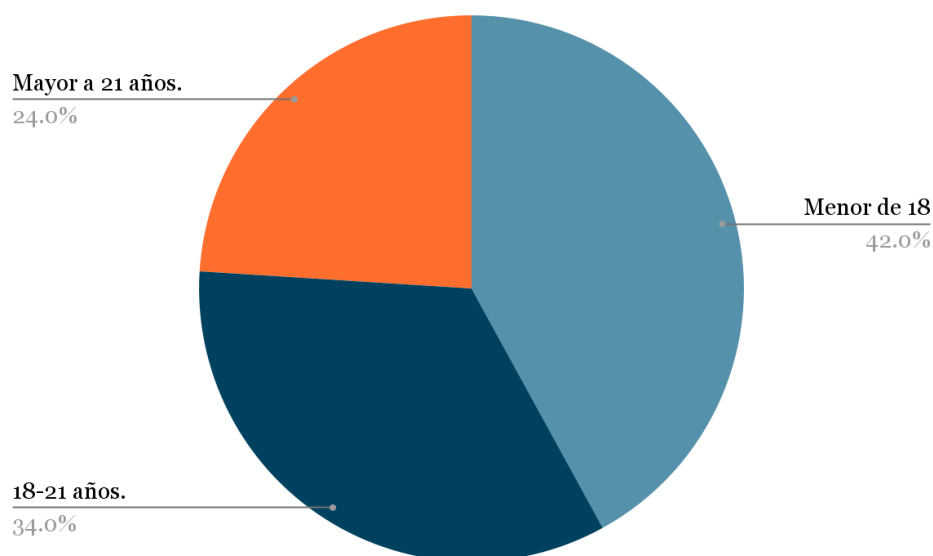
Gráfico No. 11: Paridad



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: los resultados obtenidos muestran que el grupo predominante corresponde al 68% de mujeres, de las cuales tienen 2-3 hijos, un 16% tiene 1 hijo mientras que 10% tiene más de 4 hijos, solo el 6% de las mujeres que participaron en el estudio de tamizaje de VPH no ha tenido hijos.

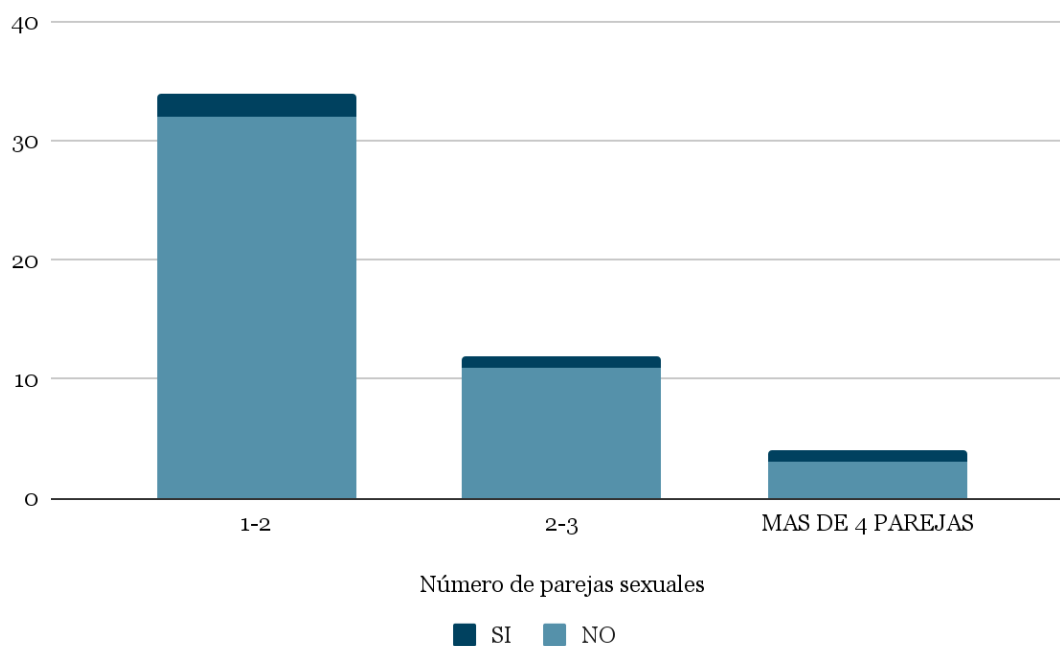
Gráfico No. 12: Sexarquía.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: el inicio de actividad sexual antes de los 18 años corresponde al 42%, lo que indica un inicio de vida sexual temprano, un 34% inició entre 18 -21 años, y un 24% lo hizo mayor a 21 años.

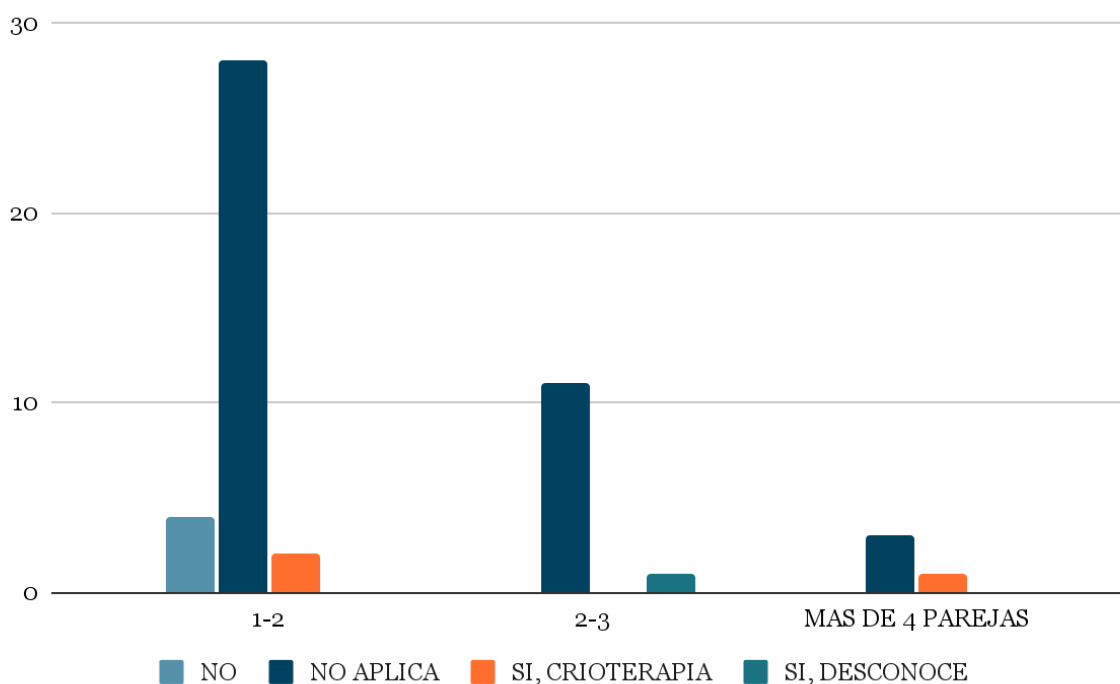
Gráfico No. 13: Antecedente de ITS y el número de parejas sexuales.



Fuente: *Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.*

Análisis e interpretación: el grupo entre 1-2 parejas sexuales tienen mayor prevalencia con un 34% del total de mujeres, posteriormente las mujeres que tienen 2-3 parejas sexuales obtuvieron un 12% del total, finalmente solo el 4% de mujeres que se realizaron el tamizaje de VPH estaban en el grupo de más de 4 parejas.

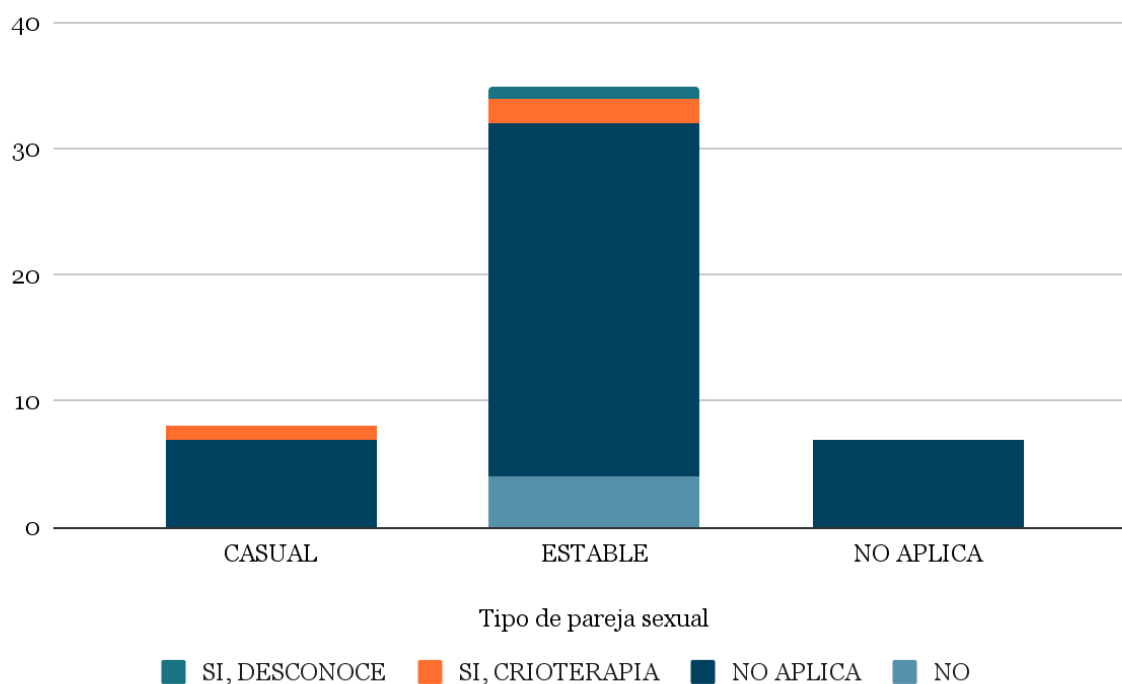
Gráfico No. 14. Antecedente de infección por VPH y el número de parejas sexuales.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: en cuanto al criterio de “antecedente de no infección” se reporta 4 mujeres del total (8%). Posteriormente un total de 4 mujeres indicaron tener antecedentes de infección por VPH, 1 de ellas desconoce el tratamiento al cual se sometió; además se resalta que todas las mujeres en esta categoría indicaron tener más de 1 pareja sexual, un total de 42 mujeres entran en la categoría “no aplica” debido a que no se habían realizado un test de VPH anteriormente.

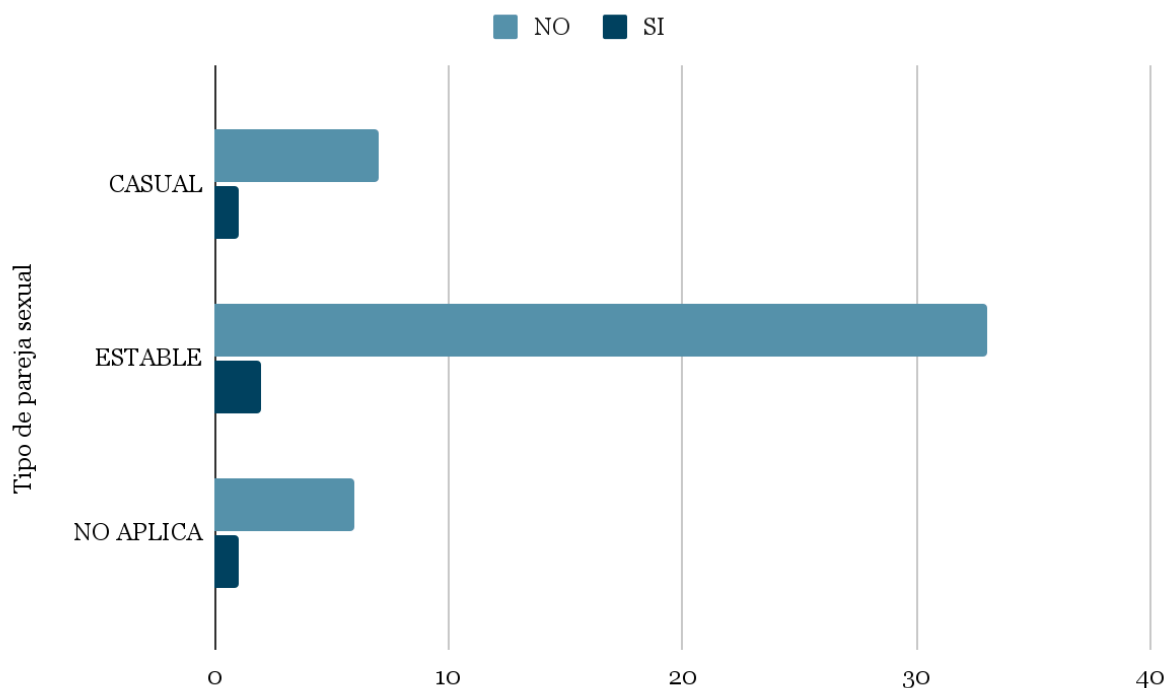
Gráfico No. 15. Antecedente de infección por VPH y el tipo de pareja sexual.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: la mayoría de mujeres correspondiente al 70% (35 mujeres) reportó tener una pareja estable, además un 16% de las mujeres (8 mujeres) indicaron que han tenido parejas casuales, mientras que 14% mujeres (7 mujeres) corresponden a la categoría “no aplica” debido a que no cuentan con pareja, 3 de ellas presentan antecedentes de infección por VPH. En cuanto a las mujeres que indicaron tener parejas casuales, la mayoría con un total de 7 de 8 mujeres, indicaron no aplicar para antecedentes de infección por VPH, lo cual significa que nunca se han realizado esta prueba.

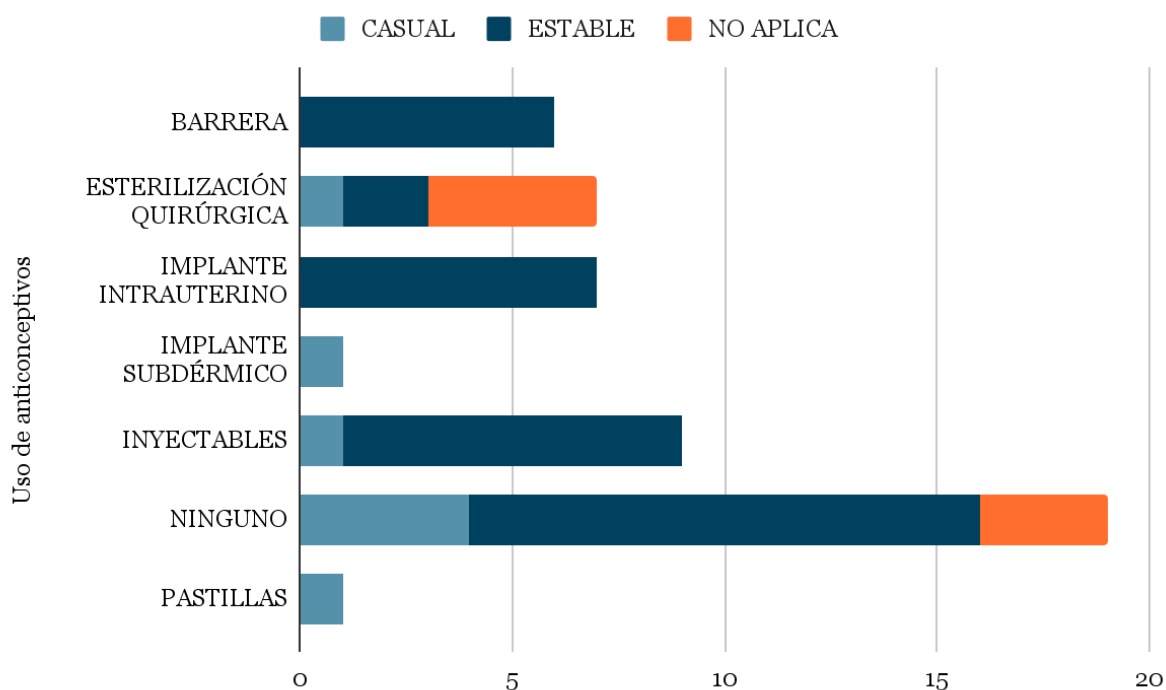
Gráfico No. 16. Antecedente de ITS y el tipo de pareja sexual.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: la mayoría de las participantes reportaron mantener una pareja estable con un valor de 35 mujeres (70%), además un grupo menor se evidenció tener parejas casuales el cual esta compuesto por 8 mujeres (16%), finalmente 7 mujeres fueron clasificados en la categoría de “no aplica” correspondiendo a aquellas que no tienen pareja, pareja estable 2 de ellas indicaron tener antecedentes positivos a ITS, mientras que en el grupo de pareja casual se obtuvo 1 mujer que reportó antecedente de ITS positivo.

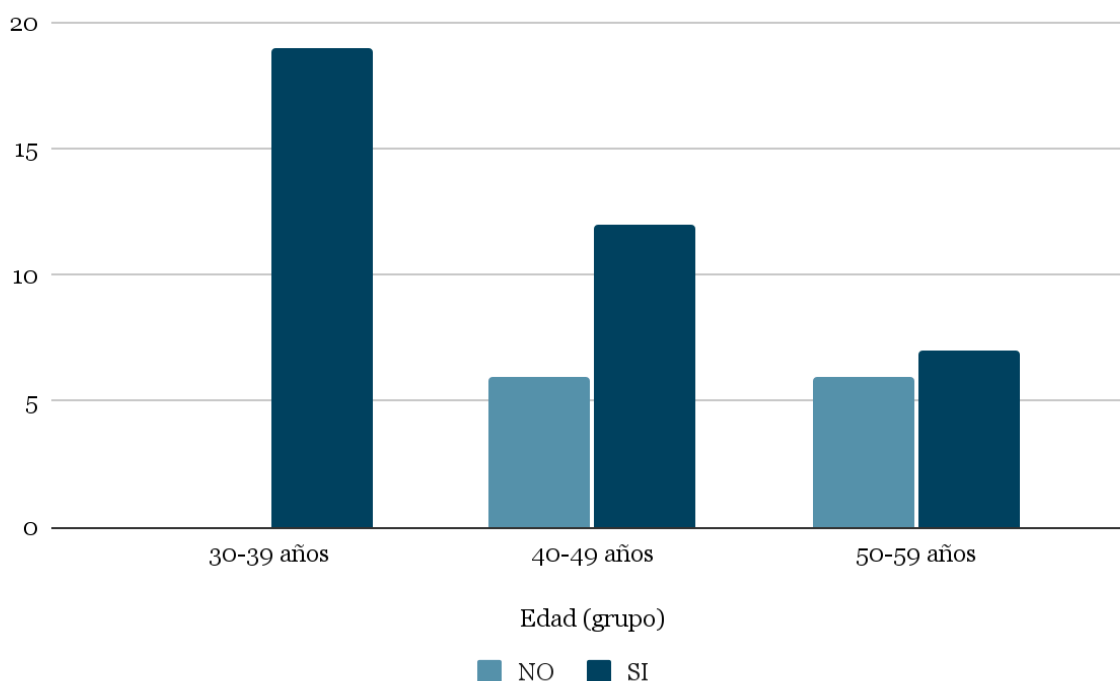
Gráfico No. 17. Uso de anticonceptivos y el tipo de pareja sexual.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: el método más frecuente que las mujeres optan es “no utilizar ningún método anticonceptivo” obteniendo un 40%, además es común en quienes mantienen una pareja estable de las cuales fueron 12 mujeres. Entre los métodos anticonceptivos se observa que los métodos inyectables fue la segunda opción más frecuente con un total de 9 mujeres (18%) seguidos del implante intrauterino con 7 mujeres (14%), y la esterilización quirúrgica con 6 mujeres (12%), además se pudo observar que el método de barrera fue reportado por mujeres con parejas casuales en únicamente 6 casos (12%). El implante subdérmico 1 mujer (2%) anticonceptivos orales 1 mujer (2%) los menos utilizados.

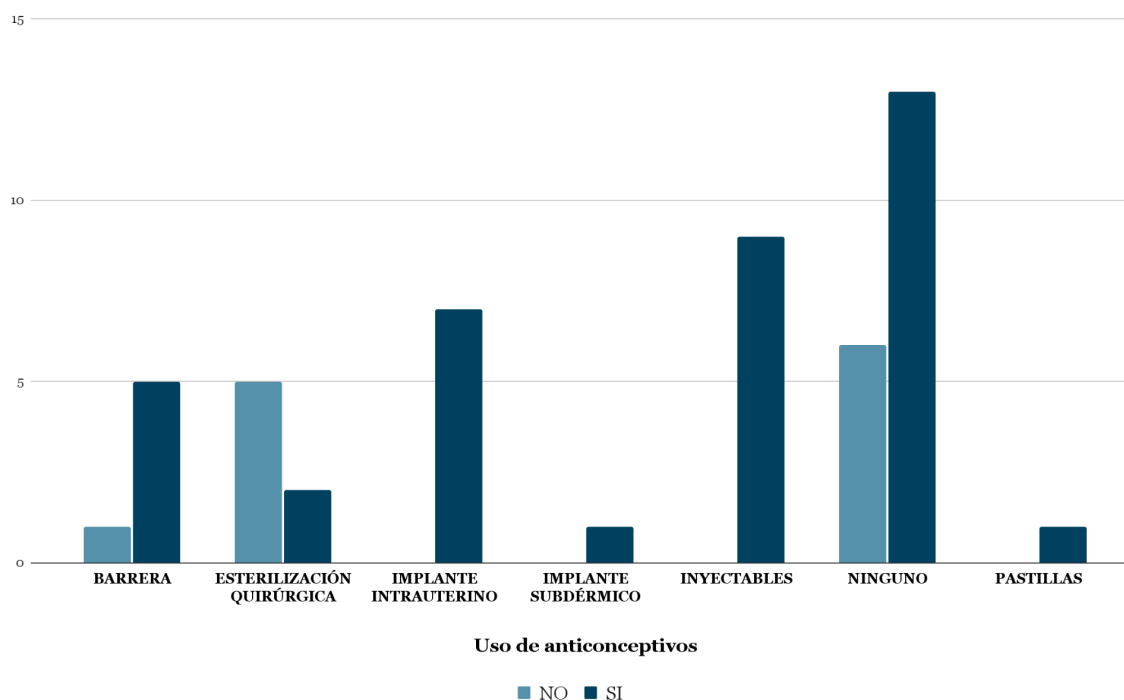
Gráfico No. 18. Actividad sexual actual por grupos de edad.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: la mayor proporción de mujeres actividad sexual actual corresponde al grupo de 30-39 años con 19 mujeres, en el grupo de 40-49 años se registraron 18 mujeres, de las cuales 12 afirman ser sexualmente activas. Finalmente en el grupo de 50-59 años participaron 13 mujeres, con un total de 7 mujeres que afirman ser sexualmente activas.

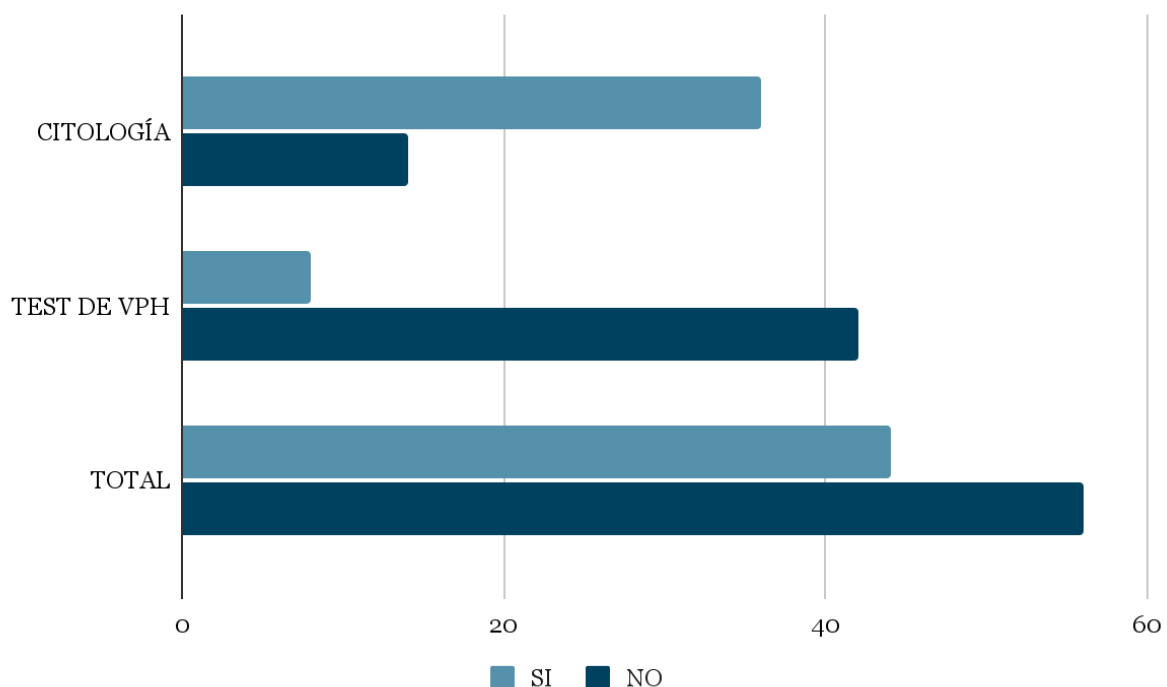
Gráfico No. 19. Actividad sexual actual y el uso de anticonceptivos.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: 38 mujeres (76%) reportaron actividad sexual actual mientras que 12 mujeres (24%) no presentan vida sexual actual. De las mujeres que tiene vida sexual actual 13 mujeres de las estudiadas (34.2%) indicaron que no usan algún método anticonceptivo, luego 9 mujeres (23.7%) utilizan métodos inyectables, 7 mujeres (18.4%) el implante intrauterino, 6 mujeres (13.2%) métodos de barrera, 2 mujeres (5.3%) esterilización quirúrgica, 1 mujer (2.6%) indico utilizar métodos anticonceptivos orales.

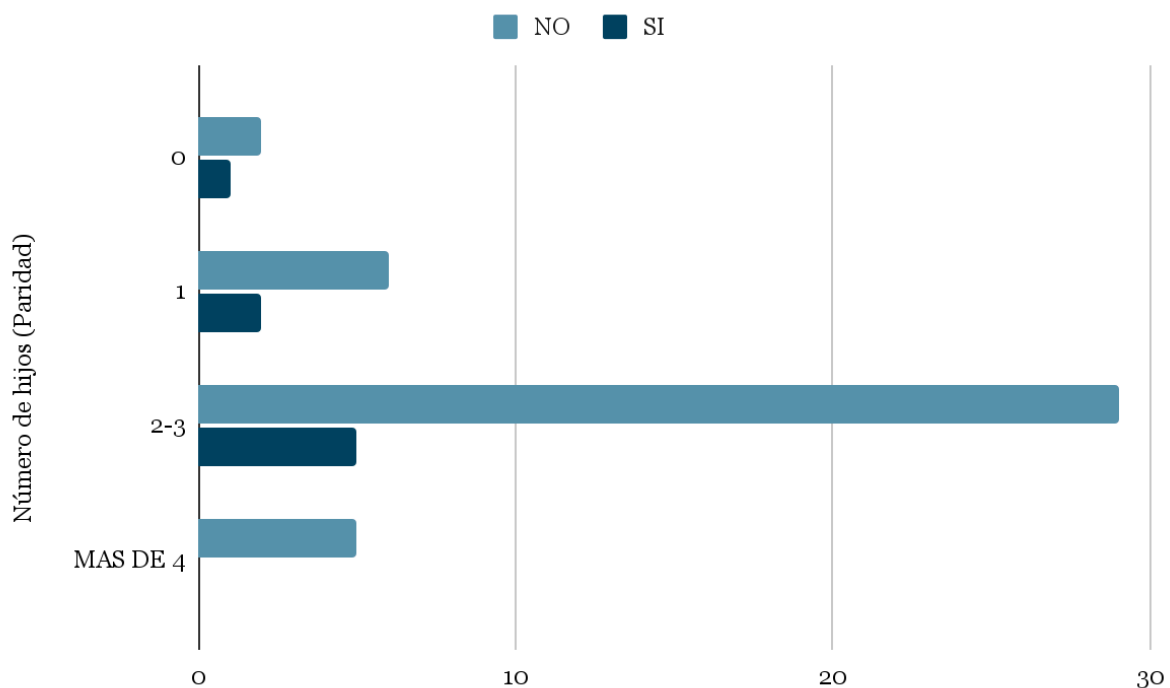
Gráfico No. 20. Antecedente de citología previa y test previo de VPH.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: el método de tamizaje más utilizado fue la citología cervical realizada previamente en 36 mujeres (72%), mientras que 14 mujeres (28%) registraron no haberse realizado citología anteriormente. El test de VPH presentó una cobertura menor, según lo que se observó en el estudio sólo 8 (16%) mujeres han tenido la oportunidad de realizarse la prueba, y 42 (84%) mujeres no tenían antecedentes de haberse realizado el examen.

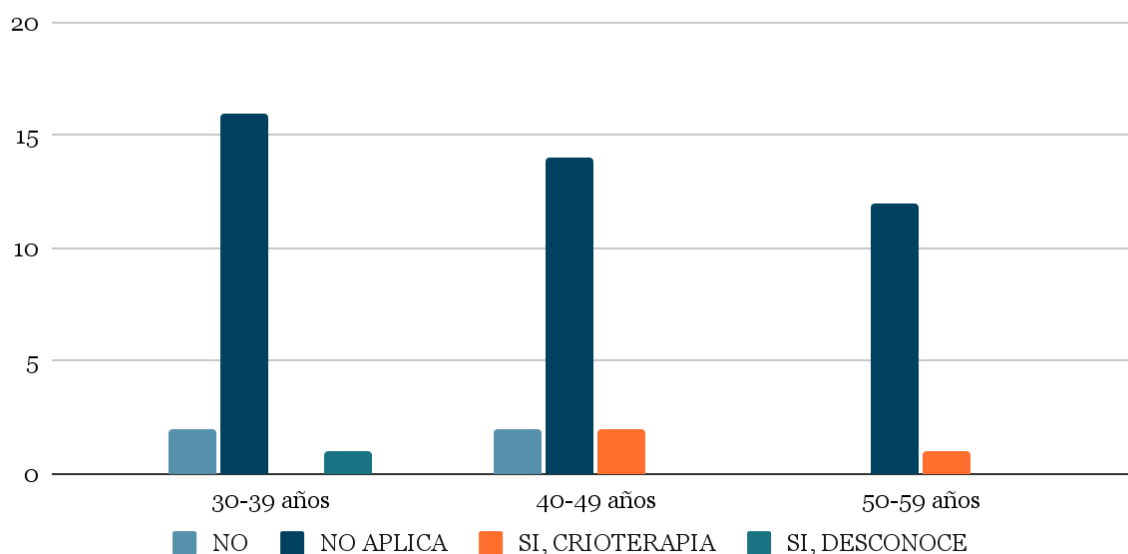
Gráfico No. 21. Paridad de las pacientes y test previo de VPH.



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: 3 personas no tienen hijos, 8 personas tienen un hijo, 34 personas tienen de dos a tres hijos, siendo este el grupo más numeroso, 5 personas tienen más de cuatro hijos. En total participaron 50 personas, de las cuales 42 tienen hijos actualmente y 3 no tienen hijos

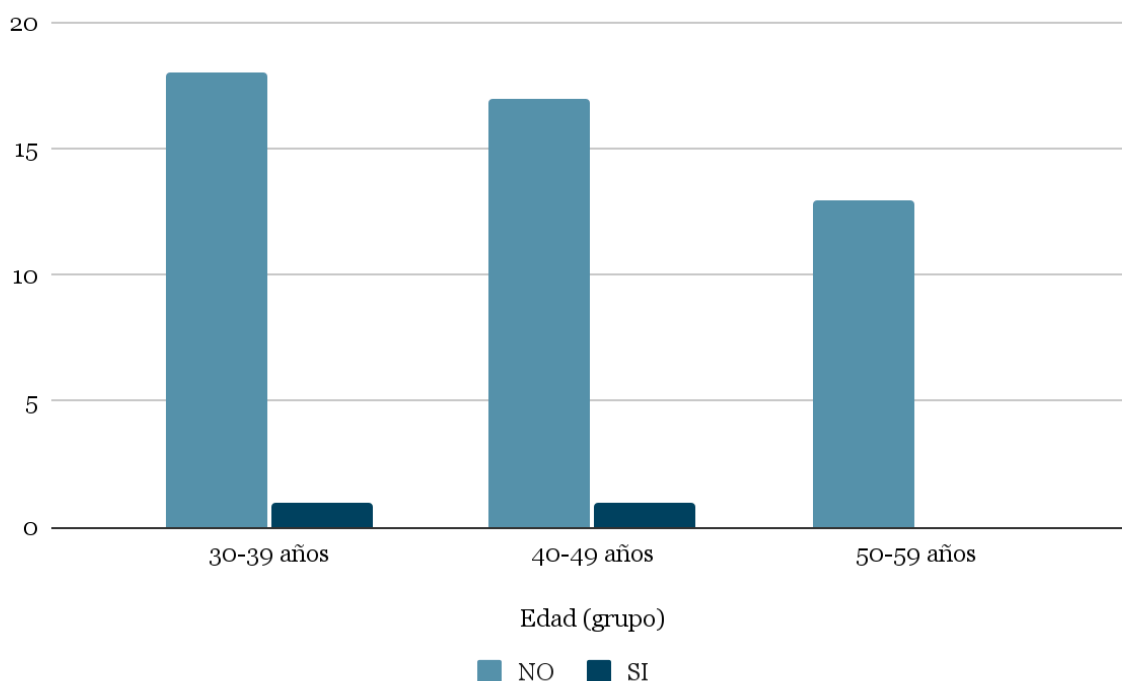
Gráfico No. 22: Antecedentes de infección por VPH según grupos de edad



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: 42 mujeres se clasificaron en la categoría de ‘no aplica’ lo que indica que no tiene antecedentes de infección conocida por VPH debido a que no se han realizado esta prueba previamente, en total 3 mujeres presentaron antecedentes de VPH tratado con crioterapia, 1 mujer afirma haber presentado infección por VPH sin embargo desconocía que tratamiento se le había brindado.

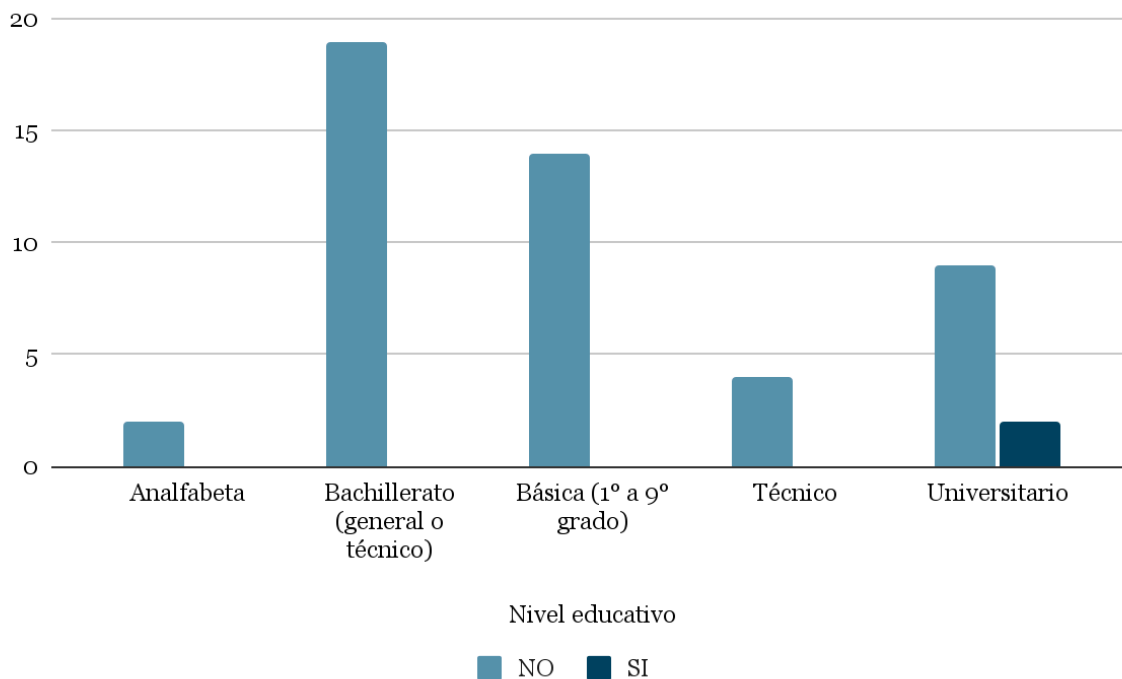
Gráfico No. 23: Antecedente de vacunación contra VPH según grupos de edad



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: en la población evaluada se puede observar que la gran mayoría de las mujeres no ha recibido la vacuna contra el VPH, mientras que sólo 2 mujeres reportaron haber sido vacunadas.

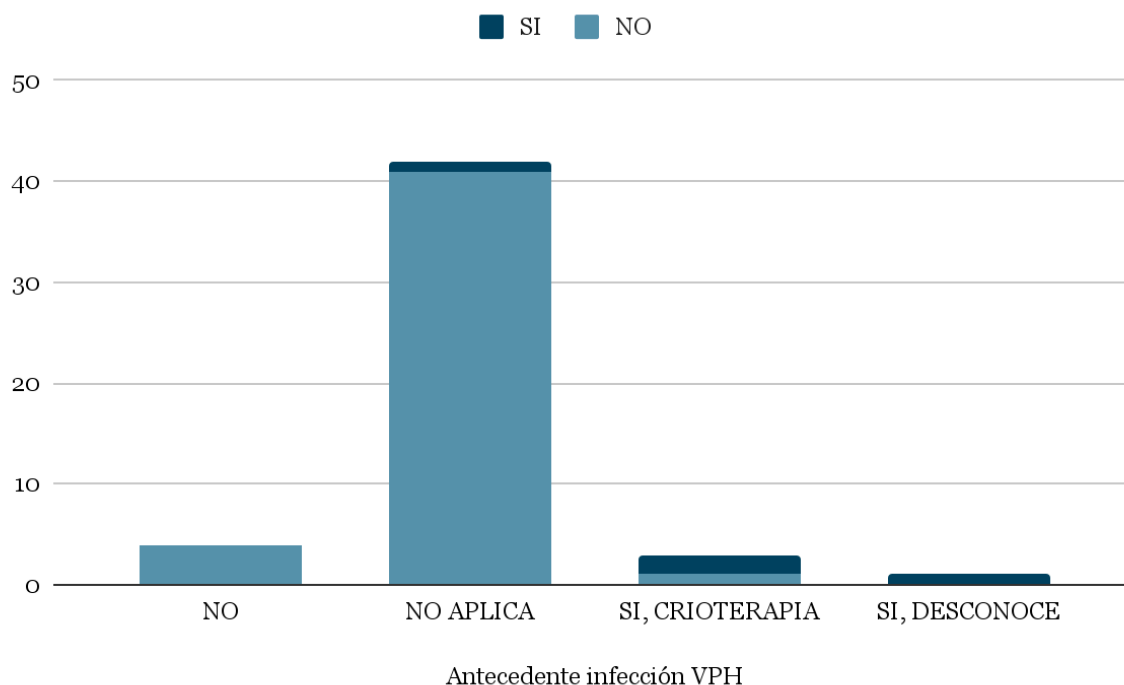
Gráfico No. 24: Distribución de la vacunación contra VPH según nivel educativo de las participantes



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: se puede determinar que la gran mayoría de las mujeres (96%) no ha recibido la vacuna contra el VPH mientras que sólo 2 mujeres reportaron estar vacunadas. Sólo en el grupo universitario se identificaron a estas mujeres vacunadas.

Gráfico No. 25: Antecedente de infección por VPH en y el antecedente de infección por ITS



Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Análisis e interpretación: se puede observar que la mayoría de las mujeres no reportan antecedentes de ITS, mientras que 4 mujeres afirmaron tener antecedentes de ITS, el total de ellas afirma además tener antecedente de infección por VPH.

VIII. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo el establecer los factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en la Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad en el periodo Agosto a Septiembre del 2025. Los hallazgos del estudio comprendido por una muestra de 50 participantes, reflejan un panorama complejo donde los factores sociodemográficos y del estilo de vida, en combinación con los antecedentes ginecológicos, actúan como cofactores para la infección y persistencia del VPH. Se destacan múltiples puntos respecto a los datos recolectados los cuales se discuten en el contexto de la evidencia científica global:

En cuanto a los factores sociodemográficos se puede observar que la mayor proporción de mujeres quienes accedieron a esta prueba de tamizaje fueron mujeres de 30 a 39 años con un 38% y de 40 a 49 años con un 36%. Una población predominantemente urbana (96%). Además la mayoría de las participantes tienen un nivel educativo de bachillerato (38%) o han cursado hasta un nivel básico (28%), y la ocupación más común es la de ama de casa (50%).

La menor participación de las pacientes que comprenden el grupo de 50 a 59 años corresponde con diversos factores como lo son la menor percepción de riesgo, una menor adherencia a controles preventivos, además de factores por los cuales este grupo etario no cumple con los criterios para una prueba de VPH como lo son las pacientes hysterectomizadas.

Un bajo nivel académico, ocupación informal predominan entre las características de determinantes sociales en la población estudiada. Dentro de la literatura se menciona que las barreras socioeconómicas son importantes condicionantes de riesgo, esto coincide con hallazgos en poblaciones latinas o de bajos recursos donde el estatus socioeconómico bajo se asocia con mayor prevalencia de VPH, menor acceso y adherencia a servicios preventivos, menor información y educación en salud. (23)

Por otro lado, respecto a los factores de riesgo personales resaltan datos predominantes en cuanto a sobrepeso (30%) y obesidad (48%), así como la escasa práctica de actividad física diaria, predominantemente ligera con un 46% quienes realizan caminatas lentas, o tareas domésticas suaves. Ambos resultados corresponden con los reportes descritos en The

International Journal of Gynecological Cancer y BMJ Open en los se describe la obesidad como un estado inflamatorio crónico que favorece la persistencia viral y la carcinogénesis (25, 26). Además un estudio poblacional en mujeres de 20-59 años encontró que la obesidad o adiposidad central no estaban fuertemente asociados con infección por VPH en general, pero en ciertos subgrupos (como quienes iniciaron actividad sexual a edad temprana) sí se observó aumento del riesgo de VPH de alto riesgo en mujeres obesas o con mal estado metabólico. (28)

A pesar de que el consumo de tabaco con un 4% (2% fumadoras activas y 2% fumadoras pasivas) y el consumo de alcohol con un 18% fueron datos minoritarios, su presencia confirma la necesidad de reforzar la educación en hábitos saludables para eliminar en su totalidad los cofactores de riesgo en la persistencia de infección por VPH y la progresión de lesiones cervicales.

Respecto a la salud reproductiva, una sexarquia temprana en un 42% y multiparidad se mostraron como factores frecuentes en la población estudiada. El estudio muestra que el 84% de las participantes han tenido entre 1 y 3 hijos vivos, respecto a un paridad elevada (>4 hijos) se observó en un 10% de las participantes. Lo cual se corrobora con hallazgos consistentes en estudios realizados en África y América Latina, que sostienen que un inicio precoz de vida sexual y una alta paridad incrementan el riesgo de infección persistente por VPH al lograr la exposición prolongada de la zona de transformación cervical en etapas vulnerables del epitelio (23).

Se evidenció un bajo uso de preservativos y la preferencia por métodos hormonales o quirúrgicos. Es importante resaltar que si bien en múltiples estudios como Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women publicado por The New England Journal of Medicine, se describe que los preservativos no eliminan completamente el riesgo de infección por VPH, si reducen significativamente su la carga viral y la probabilidad de coinfecciones (24). Aunque poco casos reportaron ITS, todas las mujeres con este antecedente tuvieron además el antecedente de infección por VPH, lo que confirma la asociación epidemiológica entre ambas condiciones.

La vacunación contra el VPH en esta cohorte de mujeres, presenta una cobertura mínima en las participantes, únicamente del 4% y se centra especialmente en aquellas con nivel educativo universitario, esto evidencia la brecha en el acceso a información y cobertura en salud pública. En un artículo presentado por el Journal of Global Oncology se describe que la vacunación sistemática en niñas combinada con programas de tamizaje en El Salvador pueden reducir significativamente la incidencia de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino (27). Tomando en cuenta que la vacuna contra el VPH ha sido incorporada al esquema de vacunación nacional de El Salvador, se estima que vacunar niñas de 9 años en el país reduciría significativamente los casos de CIN2/3, CIN1 y cáncer cervical en un horizonte de 100 años frente a estrategia solo de tamizaje (30). Por otro lado, las recomendaciones del CDC incluyen la vacunación “CATCH-UP” para aquellas mujeres (y hombres) hasta los 26 años que no fueron vacunadas previamente. Adicionalmente, para adultos de 27 a 45 años, se sugiere que la vacunación se considere tras evaluación clínica determinando cada caso individual considerando la probabilidad de nuevas exposiciones y el perfil de riesgo sexual, debido a que pueden aún beneficiarse, dependiendo de la exposición previa al virus. Aunque la eficacia puede ser menor que en adolescentes, debido a dicha exposición previa, los beneficios aún pueden ser sustanciales. (39)

Finalmente la adherencia al tamizaje (citología y prueba de VPH) arroja datos bajos en esta población. La OMS recomienda que al menos 70% de las mujeres sean sometidas a pruebas de tamizaje de alta precisión (como el Test de VPH) en edades estratégicas, demostrando reducir la incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino, debido a su alta sensibilidad y capacidad de detectar la infección casual (28). A ello se suma la evidencia económica: el costo de una prueba de VPH en América Latina varía entre \$5 y \$30, siendo mucho menor que el tratamiento de un cáncer cervicouterino invasor, cuyo costo promedio, según datos de la región mexicana, supera los \$5,000 por paciente (25). En El Salvador, la estrategia de tamizaje con prueba de VPH más crioterapia se estima en aproximadamente \$490 por año de vida salvado, siendo altamente efectiva. (23, 25) Incluso datos arrojan que la auto-toma comunitaria, aunque más costosa (\$1,210 aproximadamente) sigue presentando mejor costo-eficacia, lo cual demuestra que además de ser clínicamente relevante, el invertir en

tamizaje y vacunación es financieramente sostenible y más económico que cubrir costos de tratamiento del cáncer cervicouterino avanzado.

Este estudio confirma la prevalencia de los principales factores de riesgo para la infección por VPH en la población local, tales como la sexarquía temprana, la multiparidad, el escaso uso de métodos de barrera, la obesidad, la baja cobertura de vacunación y tamizaje. Estos resultados concuerdan con la evidencia internacional y resaltan la alta necesidad de fortalecer estrategias de prevención primaria y secundaria en El Salvador.

Las principales limitaciones del estudio incluyen el tamaño de la muestra, la cual es pequeña y específica a una Unidad de Salud del amplio sistema público de El Salvador, lo que puede restringir la generalización de los resultados a una población más amplia. Además, la naturaleza transversal de la investigación impide establecer relaciones de causalidad definitivas entre los factores de riesgo y la infección por VPH. Finalmente, destacamos la limitante del acceso a la toma de las muestras por falta de reactivo químico para las pruebas de laboratorio o falta de insumos para la toma adecuada, por lo cual este estudio se vio limitado a campañas de toma de pruebas de VPH en horarios específicos (7:00 am a 12:00 md) y días de semana específicos, lo cual adicionalmente reduce el acceso de la población que no dispone de la posibilidad de acudir en dicho horario. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos proporcionan información valiosa para la planificación de estrategias de prevención y tamizaje en la población local.

IX. CONCLUSIONES

1. En el estudio se identificó que las mujeres tamizadas se caracterizan predominantemente por pertenecer al grupo de edad entre 30 y 39 años, residir mayoritariamente en zonas urbanas y poseer un nivel educativo de bachillerato o educación básica. La ocupación más frecuente fue la de ama de casa, y la mayoría se encontraba casada o acompañada. Estos factores sociodemográficos describen una población con acceso al sistema de salud, pero que mantiene condiciones sociales que pueden influir en la exposición a factores de riesgo para infección por VPH.(21)
2. Se evidenció una alta frecuencia de sobrepeso y obesidad, acompañada de bajos niveles de actividad física, aspectos que pueden contribuir a un entorno biológico favorable para la persistencia de infecciones y la progresión hacia lesiones malignas, aunque la literatura sugiere que la relación puede variar dependiendo de otros factores mediadores como lo es el comportamiento sexual. Aunque el consumo de alcohol y tabaco fue poco predominante, permanecen como factores presentes dentro de la población evaluada.(19)
3. Los factores conductuales de tipo sexual–reproductivo presentan patrones importantes, como el inicio temprano de vida sexual, la multiparidad y el número variable de parejas sexuales a lo largo de la vida. La cobertura de vacunación contra VPH es extremadamente baja, concentrada solo en mujeres con un nivel educativo universitario lo cual refleja inequidad en el acceso a estrategias de prevención primaria o una baja percepción del riesgo por parte de este grupo etario. (15)
4. Existe una baja adherencia a programas de tamizaje, por lo que es insuficiente para alcanzar los estándares de cobertura recomendados según la OMS (28), lo cual limita la detección temprana de lesiones cervicales y la eficacia de la prevención secundaria. Además, la evidencia internacional y regional demuestra que las estrategias de tamizaje son altamente costo-efectivas (\$5-30 por prueba) respecto al valor monetario que representa tratar un cáncer cervicouterino invasivo (>\$5,000) por lo cual vale la pena enfocar los esfuerzos en salud de prevención primaria. (23, 25)

5. Con los resultados obtenidos se logró identificar que la población evaluada presenta múltiples factores que incrementan su vulnerabilidad frente a la infección por VPH. La identificación de estos factores es fundamental para orientar intervenciones de salud pública más efectivas, fortalecer la educación sexual y reproductiva, ampliar la cobertura de vacunación que contribuyan a reducir la incidencia del cáncer cervicouterino en El Salvador.

X. RECOMENDACIONES

A las participantes

- Se recomienda adoptar prácticas sexuales seguras mediante el uso sistemático de métodos anticonceptivos de barrera para reducir la probabilidad de infección por VPH y otras ITS.
- Mantener estilos de vida saludables, que incluyan alimentación balanceada y actividad física regular como factores protectores y reducir riesgos metabólicos.
- Participar en campañas de vacunación contra el VPH en caso de tener la posibilidad, y adherirse al tamizaje regular (citología o prueba de VPH) según las recomendaciones

Al ministerio de salud/unidad de salud:

- Fortalecer los programas de educación en salud sexual y reproductiva dirigidos a mujeres con bajo nivel educativo y ocupaciones informales, incorporando metodologías accesibles y culturalmente pertinentes. Además, es fundamental articular esfuerzos intersectoriales que mejoren las condiciones estructurales de acceso a la información y servicios de salud, de modo que disminuyan las brechas educativas y socioeconómicas para que los determinantes sociales no constituyan una barrera en la prevención del cáncer cervicouterino.
- Promover una cultura de autocuidado y prevención en salud sexual desde la adolescencia con especial énfasis en la prevención primaria y en promover comportamientos sexuales seguros.
- Implementar estrategias educativas continuas en el primer nivel de atención que fomenten la salud sexual y reproductiva. Estas intervenciones idealmente deben integrarse en la atención ginecológica rutinaria y en espacios comunitarios, con énfasis en la corresponsabilidad de las parejas.
- Reforzar los programas de promoción de salud que fomenten la actividad física regular, la alimentación balanceada y el control del peso corporal, integrando estas acciones en las consultas ginecológicas y en las campañas de prevención del cáncer cervicouterino. Idealmente estas intervenciones deben desarrollarse desde un enfoque

integral para abordar de manera holística los riesgos modificables y no modificables asociados al VPH.

- Diseñar y ejecutar programas de vacunación ampliados más allá de la población adolescente, especialmente aquellas con menor nivel educativo o en condiciones socioeconómicas desfavorables. Garantizando esquemas de inmunización para mujeres adultas en edad fértil. Asimismo, desarrollar campañas de sensibilización que reduzcan la inequidad en el acceso, promuevan la percepción de riesgo y fomenten la aceptación de la vacuna en todos los grupos socioeconómicos y educativos.
- Alinear los programas de tamizaje con las recomendaciones de la OMS, asegurando que al menos el 70 % de mujeres sean tamizadas con pruebas de alto rendimiento entre las edades clave (28), buscando que sean más accesibles y periódicas. Evaluar la posibilidad de incluir la auto-toma de pruebas de VPH y programas móviles comunitarios, que reduzcan las barreras de tiempo y distancia. Estas medidas deben acompañarse de campañas educativas que resalten el costo-efectividad del tamizaje respecto al tratamiento del cáncer avanzado, y del fortalecimiento de la red de servicios de salud para garantizar diagnóstico oportuno y seguimiento adecuado.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual (ITS) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 May 21 [citado 2025 Feb 28]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
2. Perez G, Lazcano-Ponce E, Hernandez-Avila M, García PJ, Muñoz N, Villa LL, et al. Safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) L1 virus-like-particle vaccine in Latin American women. *Int J Cancer*. 2008 Mar 15;122(6):1311-8. doi: 10.1002/ijc.23260. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18000825/>
3. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de cuello uterino [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 Nov 17 [citado 2025 Feb 28]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
4. Ochoa Rivas KI, Lara de Jiménez JM. Factores que inciden en la realización de citología en mujeres de 18 a 70 años usuarias de los servicios de Clínica Madre Teresa de Calcuta de San Salvador, agosto a diciembre de 2019 [Internet]. San Salvador: Universidad de El Salvador; 2019 [citado 2025 Feb 28]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129501/43-11106303.pdf>
5. Presidencia de la República de El Salvador. Las acciones sanitarias como la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano no son descuidadas por el Gobierno [Internet]. San Salvador: Presidencia de la República de El Salvador; 2022 Sep 19 [citado 2025 Feb 28]. Disponible en: <https://www.presidencia.gob.sv/las-acciones-sanitarias-como-la-vacunacion-contr-el-virus-del-papiloma-humano-no-son-descuidadas-por-el-gobierno/>
6. Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema mundial de salud pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado 2025 Feb 28]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R2-sp.pdf
7. Citorushtc. El virus del papiloma humano en la historia [Internet]. Citorushtc. 2021 [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.citorushtc.com/post/el-virus-del-papiloma-humano-en-la-historia>.
8. Ochoa-Carrillo FJ. Virus del papiloma humano. Desde su descubrimiento hasta el desarrollo de una vacuna. Parte I/III [Internet]. [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X1665920114805966>.
9. Rodríguez González D, Pérez Piñero J, Sarduy Nápoles M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. junio de 2014; 40 (2):218-32. [consulta el 11 de marzo de 2025).

10. Chesson HW, Dunne EF, Hariri S, Markowitz LE. The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States. *Sex Transm Dis.* 2014;41(11):660-664. doi: 10.1097/OLQ.000000000000193.
11. Santos-López G, Márquez-Domínguez L, Reyes-Leyva J, Vallejo-Ruiz V. Aspectos generales de la estructura, la clasificación y la replicación del virus del papiloma humano. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*
12. Sánchez AA, Grimaldo JF, Alarcón CES. Factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical. *Rev Fac Med UNAM.* 2009;52(2):69-72.
13. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cervicouterino y de mama. [Internet]. 2022 [citado 8 de marzo de 2025].
14. Thun MJ, Apicella LF, Henley SJ. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths: confounding in the courtroom. *JAMA.* 9 de agosto de 2000;284(6):706-12.
15. Organización Mundial de la Salud-OMS. Papiloma virus humanos-PVH y cáncer cervicouterino. [Internet] [Consulta el 6 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
16. Hoffman, Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, Cunningham. Williams Ginecología. Lesiones preinvasoras de la porción inferior del aparato genital femenino. 2º edición. Department of Obstetrics and Gynecology University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas Parkland Health and Hospital System Dallas, Texas.: McGraw-Hill; 2008. 735-736 p.
17. Robbins, Cotran. Patología estructural y funcional: Aparato genital femenino. 9º edición. Department of Pathology, University of California, San Francisco California: Elsevier; 2015. 1001 p.
18. S. Berek J. Berek y Novak Ginecología. Enfermedad intraepitelial del cuello uterino, la vagina y la vulva. 15º edición. Department of Obstetrics and Gynecology, Stanford University School of Medicina. Stanford California: Wolters Kluwer, Lippincott William & Wilkins; 2012. 575-576 p.
19. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino [Internet]. 2013. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9996>
20. El Salvador primer país en la subregión que logrará eliminar el Cáncer cervicouterino - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/23-9-2022-salvador-primer-pais-subregion-que-lograra-eliminar-cancer-cervicouterino>.
21. Bruni, L., Albero, G., Serrano, B., Mena, M., Gómez, D., Muñoz, J., ... Bosch, F. X. (2019). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report. ICO/IARC HPV Information Centre.

22. Organización Mundial de la Salud. (2022). Cáncer de cuello uterino. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
23. Adebamowo SN, Dareng EO, Famooto AO, Offiong R, Olaniyan O, Obende K, et al. Cohort study of human papillomavirus infection in Nigerian women. *BMC Infect Dis.* 2017;17:761. doi:10.1186/s12879-017-2866-0.
24. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med.* 2006;354(25):2645-54. doi:10.1056/NEJMoa053284.
25. Siqueira JD, Lacerda HR, Oliveira ML, Santos CM, Monteiro VL, Salustiano DM, et al. Body mass index, metabolic health status and risk of cervical HPV infection: a cross-sectional population-based study among women in Taiwan. *BMJ Open.* 2015;5(10):e007279. doi:10.1136/bmjopen-2014-007279.
26. Kanashiro-Cruz M, Denny L, De Souza MC, et al. Obesity and human papillomavirus infection in women: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer.* 2007;17(6):1246–1254. doi:10.1111/j.1525-1438.2007.00927.x.
27. Campos NG, Castle PE, Wright TC, Kim JJ. Cervical cancer screening in low-resource settings: a cost-effectiveness analysis of HPV self-collection in El Salvador. *J Glob Oncol.* 2019;5:1-8. doi:10.1200/JGO.19.00124.
28. World Health Organization. Screening for cervical cancer [Internet]. WHO; 2020 [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.who.int/activities/screening-for-cervical-cancer>
29. Smith MC, Gong E, Long C, Hovel M, Maloba M, Parham GP, et al. Analytical and clinical performance of a low-cost HPV genotyping test in a population with high prevalence of cervical cancer. *BMC Infect Dis.* 2015 Mar 26;15:125. doi:10.1186/s12879-015-0897-8.
30. Monsanto H, Pavelyev A, Yen G, Parellada C, Rendon AM. PIN10 Public Health and Economic Impact of a Human Papillomavirus Vaccination Program for Females Aged 9 Years in El Salvador. *Value Health Regional Issues.* 2019;20S: S-161. (ISPOR Latin America 2019).
31. Campos NG, Alfaro K, Maza M, Sy S, Melendez M, Masch R, et al. The cost-effectiveness of human papillomavirus self-collection among cervical cancer screening non-attenders in El Salvador. *Prev Med.* 2020 Feb;131:105931. doi:10.1016/j.ypmed.2019.105931.
32. Campos NG, Maza M, Alfaro K, Gage JC, Castle PE, Felix JC, Cremer ML, Kim JJ. The cost-effectiveness of implementing HPV testing for cervical cancer screening in El Salvador. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Apr;145(1):40-46. doi:10.1002/ijgo.12773.
33. Granados-García V, Piña-Sánchez P, Reynoso-Noverón N, Flores YN, Toledano-Toledano F, Estrada-Gómez G, et al. Medical cost to treat cervical cancer patients at a social security third level oncology hospital in Mexico City. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019;20(5):1547–1554. doi:10.31557/APJCP.2019.20.5.1547.

34. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, et al. HPV testing vs cytology cost analyses and programmatic perspectives (example and economic comparisons). (Paper on comparative costs: “HPV testing for cervical cancer screening appears more cost-effective than Pap” — PMC article). BMC/PMC resource reporting Pap cost and self-HPV cost examples. 2011. [PMC3025113].
35. Romero-Acosta I, Rebolledo DB, et al. Cost of community-based human papillomavirus self-sampling in Peru: micro-costing study. (Peru self-sampling costing study) — PMC. 2022/2023. (Cost per woman followed ~US\$55; cost per kit distributed/tested ~US\$45).
36. Alfaro K, Soler M, Maza M, et al. Cervical cancer prevention in El Salvador: gains to date and challenges for the future. *Cancers (Basel)*. 2022;14(11):2776. doi:10.3390/cancers14112776. (Revisión sobre programa CAPE y adopción de pruebas VPH en El Salvador).
37. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. WHO; July 2021. (Recomendaciones sobre cribado con pruebas VPH y estrategias screen-and-treat).
38. Ginindza TG, Moshabela M, Morroni C, et al. (Ejemplos/registros de altos costes de tratamiento en LMICs y estimaciones amplias). *Revistas sobre carga económica y variabilidad de costes en países de renta baja y media*. 2019–2021.
39. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Evidence to Recommendations for HPV Vaccination of Adults, Ages 27 through 45 years [Internet]. Atlanta: CDC; 2019 [cited 2025 Sep 16]. Available from: <https://www.cdc.gov/acip/evidence-to-recommendations/HPV-adults-etr.html>

XII. ANEXOS

12.1 ANEXO NO. 1 INFORME DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



comité
Ética De Investigación
FM UES



INFORME DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Acta de Evaluación No. 49 – 2025			Fecha: 22/julio/2025	
Identificación del Protocolo: EM – 49 – 25			Versión: Primera versión	
Fecha de Solicitud: 15 de julio/2025	Fecha de 1ª Evaluación: 21 de julio/2025	Fecha de 2da.	Fecha de 3ra.	Fecha de Resolución 21/julio/2025
Título del Proyecto: FACTORES DE RIESGO DE MUJERES EN EDAD DE 30-59 AÑOS A LAS CUALES SE LES REALIZA TAMIZAJE DE VPH EN USI SAN ANTONIO ABAD, AGOSTO - SEPTIEMBRE DE 2025				
Lugar donde planifican se realice la Investigación: En Unidades de Salud Intermedia San Antonio Abad, San Salvador, El Salvador.				
Presentado Por:				
ANDREA PAULLETTE FLAMENCO CASTRO				
ADRIANA MICHELLE FLORES POSADA				
JESSY ALLISON FLORES RIVAS				

DECLARACIÓN DE LA DECISIÓN TOMADA

1. ASR	Aprobado sin restricciones
--------	----------------------------

En el caso de una decisión positiva con seguimiento el investigador deberá:

Entregar los reportes de avances, notificar a este comité sobre enmiendas al protocolo, al material de reclutamiento, a la información para los potenciales participantes en la investigación.

Reportar eventos adversos serios e inesperados relacionados con la conducción del estudio. Informar al CEISFMUES la terminación del estudio si esta fuera anticipada y las razones por las que se lo hizo y toda circunstancia no esperada o decisiones significativas tomadas por otros cieis.

Dr. Edwin Mazariego Flores PhD.
Presidente
Comité de Ética en Investigación en Salud



Lda. Yanira Elizabeth Cerón Cerón
Secretaria
Comité de Ética en Investigación en Salud

“HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA”

Ciudad Universitaria, Final 25 Avenida Norte “Mártires Estudiantiles del 30 de Julio de 1975”
Correo Electrónico: etica.medicina@ues.edu.sv

**12.2 ANEXO NO. 2 ACTA DE RESOLUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIVERSIDAD
DE EL SALVADOR**



**ACTA DE RESOLUCION DEL PROYECTO DE
INVESTIGACION**

ACTA N°: 049 – 2025.

PROTOCOLO DE INVESTIGACION N° EM – 049 – 25

En Ciudad Universitaria, a los veintiún días del mes de julio de 2025, el Comité de Ética de Investigación en Salud de la Facultad de Medicina (CEISFMUES) con asistencia sus miembros permanentes: Jessica Yasmin López Villalta, Yanira Elizabeth Cerón Cerón, Marco Tulio Barrera Castillo, Douglas Antonio Martínez Lazo y Katherine Fabiola Loza Castillo; han revisado los documentos presentados:

- 1- **Protocolo de investigación de grado titulado: FACTORES DE RIESGO DE MUJERES EN EDAD DE 30-59 AÑOS A LAS CUALES SE LES REALIZA TAMIZAJE DE VPH EN USI SAN ANTONIO ABAD, AGOSTO - SEPTIEMBRE DE 2025**
- 2- **Documento de Consentimiento Informado del Protocolo.**
- 3- **Curriculum de los investigadores.**

Después de revisar el documento y deliberar sobre el mismo, se ha considerado por los miembros del comité la resolución **ASR**: Aprobado sin restricciones. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés en consecuencia, el Comité de Ética de Investigación en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador aprueba por unanimidad (con la mayoría de sus miembros).


Dr. Edwin Mazariego Flores PhD
Presidente del Comité de Ética en Investigación en Salud.
Salud. Facultad de Medicina
Universidad El Salvador




Licda. Yanira Elizabeth Cerón Cerón
Secretaría del Comité de Ética en Investigación en
Facultad de Medicina
Universidad de El Salvador

ACLARATORIA

Las resoluciones emitidas por este comité están referidas a los aspectos de la planificación de la investigación relacionados a "Proteger a los seres humanos que participan en investigaciones como sujetos de investigación, encaminadas a obtener conocimientos biológicos, biomédicos, conductuales y epidemiológicos, susceptibles de ser generalizados." C SSP/MINSAL (2017) es decir, la no maleficencia de ningún tipo al ser humano. Por tanto, no hacen referencia en manera alguna a aspectos lingüísticos en general, por lo cual ortografía, sintaxis o aspectos semánticos; o incoherencias internas de la estructura investigativa consignadas en los documentos.

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"

- C/C.
• Investigador Principal.
• Archivo

12.3 ANEXO NO. 3: CARTA A DIRECTOR DE REGIÓN

Unidad de Salud San Antonio Abad

Ministerio de Salud

San Salvador, 29 de julio de 2025

Dr. Ernesto Mauricio García Herrera
Director de la Unidad de Salud
Presente

Asunto: Solicitud para poder tener acceso a datos sobre los resultados de pruebas tomadas de VPH en el periodo de Agosto a Septiembre del 2025 y además poder pasar un cuestionario a mujeres de 30 a 59 años, que asisten a su toma de prueba de VPH en Unidad de Salud San Antonio Abad.

Por medio de la presente, reciba un cordial saludo. Me dirijo a usted con el fin de solicitar su autorización para llevar a cabo la aplicación de un **cuestionario** y la **respuesta del tamizaje de Virus del Papiloma Humano (VPH)**, como parte de las actividades programadas en el marco de trabajo de investigación para tesis de pregrado.

Esta actividad tiene como objetivo alcanzar un nivel de conocimiento adecuado, permitiendo identificar patrones comunes, factores de riesgo y condiciones asociadas al acceso al tamizaje y además que puedan predisponer a desarrollar cáncer cervicouterino

La actividad se llevará a cabo durante el periodo de Agosto a Septiembre del 2025 en las instalaciones de la unidad de salud, siguiendo todos los protocolos de bioseguridad y confidencialidad establecidos por el Ministerio de Salud.

Agradezco de antemano su apoyo y quedo a su disposición para ampliar cualquier información adicional que considere necesaria.

Sin otro particular, me despido con las muestras de mi consideración y respeto.

Atentamente,

Flamenco Castro, Andrea Paullette
Flores Posada, Adriana Michelle
Flores Rivas, Jessy Allisson


Equipo de investigación
(Médicos en Servicio Social)

Dra. Ana Marcela Posada Erazo
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 19,779



Dra. Marcela Posada
ASESORA DE TESIS

12.4 ANEXO NO. 4: MEMORÁNDUM DE AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD
Nº 2025-3000-US-I-SAA-EXT-209	
<u>MEMORÁNDUM</u>	
PARA:	Dr. Dagoberto Antonio Molina Hernández Director Región de Salud Metropolitana
DE:	Dr. Ernesto Mauricio Garcia Herrera Médico Director US-I San Antonio Abad
A TRAVÉS DE:	Dra. Kharla Ialennie Ochoa Rivas Coordinadora SIBASI Centro
FECHA:	08 de septiembre de 2025
ASUNTO:	Solicitud de autorización para trabajo de investigación

Reciba un cordial saludo, junto con mis deseos de éxito en el desempeño de sus funciones.

Por medio de la presente, se solicita su autorización para la realización de un trabajo de investigación en la Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad, a petición de la Dra. Andrea Paullette Flamenco Castro, médico en año de servicio social. La solicitud consiste en tener acceso a los datos de resultados de pruebas de VPH tomadas en el período de agosto a septiembre de 2025 en dicho establecimiento.

Título del proyecto: *Factores de riesgo de mujeres en edad de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en la Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad, agosto – septiembre de 2025.*


Este trabajo corresponde a su tesis de graduación como requisito para optar al título de Doctora en Medicina. Se anexa la solicitud presentada a este establecimiento.

Sin otro particular, agradezco de antemano la atención prestada y quedo a la espera de su aprobación.

EMGH/hb

DIOS UNIÓN LIBERTAD

Calle El Algodón, Colonia Miravalles, San Salvador Centro, El Salvador.
Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad.
Teléfonos (503) 2274-3239


2:19 pm
12 SEP 2025
Nimfs

**12.5 ANEXO NO. 5: CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
POR COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



MINISTERIO
DE SALUD

**REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**OFICIO NO. 2025-CLEIS-RSM-055
San Salvador, 13 de octubre de 2025**

Br. Andrea Paullette Flamenco Castro
Br. Adriana Michelle Flores Posada
Br. Jessy Allison Flores Rivas
Universidad de El Salvador
Presente.

Deseándole un feliz día y éxito en sus actividades laborales, por este medio hago de su conocimiento que se ha realizado la revisión de la solicitud de autorización del trabajo de investigación y tener acceso a los resultados de pruebas de VPH tomadas de agosto a septiembre de 20205 de la Unidad de Salud San Antonio Abad.

Con base al análisis realizado **Se da por aceptado** dicho protocolo ya que **si cumple** con los requisitos suficientes de buenas prácticas de investigación siguiendo siempre los principios éticos establecidos en el **Manual de Procedimientos de Investigación en Salud** del Instituto Nacional de Salud y respetar las consideraciones éticas y demás condiciones establecidas para un protocolo de Investigación

Atentamente.

Dra. Allysson Virginia Manzano Reyes
Presidente Comité de Ética de
Investigación en Salud Región de Salud Metropolitana



Dr. Dagoberto Antonio Molina Hernández
Director Región de Salud Metropolitana



12.6 ANEXO NO. 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

NO. CORRELATIVO _____

NO. EXPEDIENTE _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE
INVESTIGACIÓN.

**“FACTORES DE RIESGO DE MUJERES EN EDAD DE 30-59
AÑOS A LAS CUALES SE LES REALIZA TAMIZAJE DE VPH
EN USI SAN ANTONIO ABAD, AGOSTO - SEPTIEMBRE DE 2025”**



La presente investigación es dirigida por estudiantes de medicina en servicio social, para optar al grado de Doctor en Medicina General de la Universidad de El Salvador.

El objetivo principal es establecer los factores de riesgo de mujeres que se someten a tamizaje del Virus del Papiloma Humano (VPH), como parte de la prevención del cáncer cervicouterino. Esta información busca contribuir a mejorar las estrategias de promoción y prevención en salud pública y cumplir con los siguientes beneficios:

- **Para usted como participante:** Su participación contribuirá a identificar factores relevantes sobre la salud de las mujeres en su grupo etario, lo cual puede orientar futuras campañas de prevención del cáncer cervicouterino.
- **Para la institución de salud (USI San Antonio Abad):** Los resultados de esta investigación serán compartidos con el equipo médico y administrativo de la unidad, lo cual podrá servir como insumo para la planificación de intervenciones más efectivas en salud sexual y reproductiva, fortalecimiento del tamizaje de VPH y mejora en las estrategias de prevención del cáncer cervicouterino.
- **Para la sociedad:** Esta investigación aportará evidencia para futuras políticas de salud pública orientadas a reducir la carga del cáncer cervicouterino en El Salvador.

Es importante recalcar que:

- La participación en este estudio es estrictamente voluntaria
- Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento antes y durante su participación en ella.
- Puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Si usted accede a participar en este estudio usted debe ser conocedor de:

- Se le pedirá responder algunas preguntas a través de una encuesta, para esto usted necesitará invertir aproximadamente 10 a 15 minutos de su tiempo.

- Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, usted tiene todo el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.
- Cada una de sus respuestas son de gran utilidad para nuestra investigación, por lo que cada encuesta presentará un código correspondiente a la numeración correlativa y por lo tanto serán completamente anónima
- La información que se recoja será completamente confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito que esté fuera de los contemplados en esta investigación.

Desde ya le agradecemos su participación.

- He leído (o se me ha leído) la información anterior y acepto participar voluntariamente en esta investigación.
- Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.
- Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha. _____

12.7 ANEXO NO. 7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NO. CORRELATIVO _____

NO. EXPEDIENTE _____

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



FACTORES DE RIESGO DE MUJERES DE 30 A 59 AÑOS A LAS CUALES SE LES REALIZA TAMIZAJE DE VPH EN USI SAN ANTONIO ABAD, AGOSTO A SEPTIEMBRE DE 2025

OBJETIVO GENERAL

Establecer los factores de riesgo de mujeres a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, agosto a septiembre de 2025.

MARQUE CON UNA "X" LA OPCIÓN QUE CONSIDERE PERTINENTE.

1. Edad:

- 30-39 años.
- 40-49 años.
- 50-59 años.

2. Área de procedencia:

- Rural.
- Urbana.

3. Nivel educativo:

Alfabeta: SI. NO.

- Ninguno.
- Básica (1° a 9° grado).
- Bachillerato (General o técnico).
- Técnico.
- Universitario.

4. Ocupación

- Desempleado.
- Ama de casa.
- Estudiante.

- Jubilada/pensionada.
- Empleado informal/Negocio propio.
- Empleado formal.

5. Estado Civil

- Soltera.
- Casada.
- Acompañada.
- Divorciada.
- Viuda.

6. Estado nutricional en base a IMC

Peso: _____ kg. Talla: _____ cms. IMC: _____ kg/m²

- Bajo peso (<18.5).
- Peso normal (18.5 - 24.9).
- Sobrepeso (25 - 25.9).
- Obesidad grado 1 (30 - 34.9).
- Obesidad grado 2 (35 - 39.9).
- Obesidad grado 3 (>40).

7. ¿Usted fuma?

- Fumador pasivo.
- Fumador activo.
- Ninguno.

8. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

- Nunca.
- Menos de una vez al mes.
- 1-3 veces al mes.
- 1-4 veces por semana.
- Casi todos los días.

9. ¿Cómo calificaría la intensidad de su actividad física habitual?

- Ligera (caminar lento, tareas domésticas suaves).
- Moderada (caminar rápido, bailar, bicicleta suave).
- Vigorosa (correr, deporte intenso, cargar peso).

10. ¿Cuál es su fecha de última regla? (FUR)

- _____
- FUR < 1 mes.

- FUR 1 – <3 meses.
- FUR 3 – <6 meses.
- FUR \geq 6 meses – <12 meses.
- FUR \geq 12 meses.
- FUR desconocida.

11. ¿Cuántos hijos ha tenido?

- Ninguno (P0).
- 1 (P1).
- 2-3 (P2-3).
- Más de 4 (P \geq 4).

12. Fecha de último parto (FUP):

-
- < 1 año.
 - 1 – <5 años.
 - 5 – <10 años.
 - \geq 10 años.
 - No recuerda.
 - No aplica.

13. ¿Ha tenido bebés prematuros?

- Ninguno.
- Uno o más.

14. ¿Ha tenido abortos?

- Ninguno.
- Un aborto.
- Más de 2 abortos.

15. ¿Cuántos hijos vivos tiene?

-
- V0.
 - V1-V3.
 - V \geq 4

16. ¿A qué edad inicio relaciones sexuales?.

- Menor de 18 años.
- 18-21 años.
- Mayor a 21 años.

17. ¿Número de parejas sexuales?.

- Ninguna.
- 1 - 2 parejas.
- 2 - 3 parejas.
- Más de 4 parejas.

18. Tipo de pareja sexual:

- Estable.
- Casual.
- Múltiples parejas.
- No aplica.

19. Ha tenido relaciones sexuales con:

*Puede marcar más de 1 opción.

- Mujeres.
- Hombres.
- Trabajadores/as sexuales.
- Otros.

20. ¿Se encuentra usted teniendo relaciones sexuales actualmente?.

- SI.
- NO.

21. ¿Utiliza usted algún método anticonceptivo de los siguientes?.

*Puede marcar más de 1 opción.

- Ninguno.
- Barrera (condón).
- Pastillas (ACO)
- Inyectable.
- Implante subdérmico.
- Implante intrauterino (DIU).
- Esterilización quirúrgica (Año: _____)

22. ¿Ha sufrido en algún momento de su vida alguna enfermedad de transmisión sexual?.

- SI.
- NO.

23. ¿Se ha realizado anteriormente una citología?.

- SI.
 - Hace menos de 1 año.
 - Hace 1 o 2 años.

- Hace más de 3 años.
- No recuerda.
- No, nunca.

24. ¿Se ha realizado anteriormente un Test de VPH?

- SI.
- NO.

25. ¿Posee antecedentes de infección por VPH?

- SI.

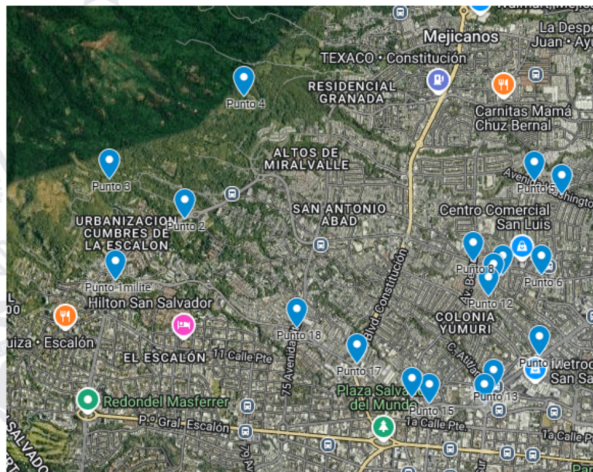
Tratamiento:

- Cono.
- Crioterapia.
- Histerectomía.
- Radiación.
- Desconoce.
- NO.
- No aplica.

26. ¿Cuenta usted con la vacuna del VPH?

- SI.
- NO.

12.8 ANEXO NO. 8 ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUENCIA DE UNIDAD DE SALUD INTERMEDIA SAN ANTONIO ABAD.



Extensión Territorial: 886.15 Km2

SIBASI	Municipios	Distritos
Centro	San Salvador Centro	San Salvador

Mapa SAA AGI



12.9 ANEXO NO. 9 TABLAS Y GRÁFICOS.

Tabla No. 1: Grupos de edad

EDAD	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
30-39 años	19	38%
40-49 años	18	36%
50-59 años	13	26%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 2: Área de procedencia

ÁREA DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Urbana	48	96%
Rural	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 3: Nivel educativo

EDAD	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Analfabeta	2	4%
Básica (1° a 9° grado)	14	28%
Bachillerato (general o técnico)	19	38%
Técnico	4	8%
Universitario	11	22%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 4: Ocupación

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Desempleado	3	6%
Ama de casa	25	50%
Estudiante	0	0%
Jubilada/pensionada	0	0%
Empleado informal/Negocio propio	9	18%
Empleado formal	13	26%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 5: Estado civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Soltera	13	26%
Casada	16	32%
Acompañada	17	34%
Divorciada	1	2%
Viuda	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 6: Estado nutricional

ESTADO NUTRICIONAL	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Bajo peso (<18.5)	0	0%
Peso normal (18.5 - 24.9)	11	22%
Sobrepeso (25 - 25.9)	15	30%
Obesidad grado 1 (30 - 34.9)	13	26%
Obesidad grado 2 (35 - 39.9)	6	12%
Obesidad grado 3 (>40)	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 7: Hábito tabaquista

TABAQUISMO	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Fumador pasivo	1	2%
Fumador activo	1	2%
Ninguno	48	96%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 8: Hábito etilista

CONSUMO DE ALCOHOL	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NUNCA	41	82%
1 VEZ AL MES	6	12%
1-3 VECES AL MES	3	6%
1-4 VECES POR SEMANA	0	0%
CASI TODOS LOS DÍAS	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 9: Actividad física y la ocupación

Ocupación	Actividad física diaria			Suma total
	LIGERA (CAMINAR LENTO, TAREAS DOMÉSTICAS SUAVES)	MODERADA (CAMINAR RÁPIDO, BAILAR, BICICLETA SUAVE)	VIGOROSA (CORRER, DEPORTE INTENSO, CARGAR PESO)	
Ama de casa	15	10		25
Desempleado		2	1	3
Empleado formal	5	6	2	13
Empleado informal/Negocio propio	3	1	5	9
Suma total	23	19	8	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 10: Actividad física y el estado nutricional

<i>Estado nutricional (IMC)</i>	<i>Actividad física diaria</i>			Suma total
	LIGERA (CAMINAR LENTO, TAREAS DOMÉSTICAS SUAVES)	MODERADA (CAMINA RÁPIDO, BAILAR, BICICLETA SUAVE)	VIGOROSA (CORRER. DEPORTE INTENSO, CARGAR PESO)	
Sobrepeso (25 - 25.9)	7	6	2	15
Peso normal (18.5 - 24.9)	2	8	1	11
Obesidad grado 3 (>40)	2	1	2	5
Obesidad grado 2 (35 - 39.9)	5		1	6
Obesidad grado 1 (30 - 34.9)	7	4	2	13
Suma total	23	19	8	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 11: Paridad

PARIDAD	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
0	3	0.06
1	8	0.16
2-3	34	0.68
MÁS DE 4	5	0.1
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 12. Sexarquia

SEXARQUIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
Menor de 18 años.	21	42%
18-21 años.	17	34%
Mayor a 21 años.	12	24%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 13. Antecedente de ITS y el número de parejas sexuales

Número de parejas sexuales	Antecedente ITS		Suma total
	NO	SI	
1-2	32	2	34
2-3	11	1	12
MÁS DE 4 PAREJAS	3	1	4
Suma total	46	4	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 14. Antecedente de infección por VPH y el número de parejas sexuales

Número de parejas sexuales	Antecedente infección VPH			Suma total
	NO	NO APLICA	SI, CRIOTERAPIA DESCONOC E	
1-2	4	28	2	34
2-3		11	1	12
MÁS DE 4 PAREJAS		3	1	4
Suma total	4	42	3	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 15. Antecedente de infección por VPH y el tipo de pareja sexual

<i>Tipo de pareja sexual</i>	<i>Antecedente infección VPH</i>		SI, CRIOTERAPIA	SI, DESCONOC E	Suma total
	NO	NO APLICA			
CASUAL		7	1		8
ESTABLE	4	28	2	1	35
NO APLICA		7			7
Suma total	4	42	3	1	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 16. Antecedente de ITS y el tipo de pareja sexual

<i>Tipo de pareja sexual</i>	<i>Antecedente ITS</i>		Suma total
	NO	SI	
CASUAL	7	1	8
ESTABLE	33	2	35
NO APLICA	6	1	7
Suma total	46	4	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 17. Uso de anticonceptivos y el tipo de pareja sexual

<i>Uso de anticonceptivos</i>	<i>Tipo de pareja sexual</i>			Suma total
	CASUAL	ESTABLE	NO APLICA	
BARRERA			6	6
ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA	1	2	3	6
IMPLANTE INTRAUTERINO		7		7
IMPLANTE SUBDÉRMICO	1			1
INYECTABLES	1	8		9
NINGUNO	4	12	4	20
PASTILLAS	1			1
Suma total	8	35	7	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 18. Actividad sexual actual por grupos de edad

<i>Edad (grupo)</i>	<i>Actividad sexual actual</i>		Suma total
	NO	SI	
30-39 años		19	19
40-49 años	6	12	18
50-59 años	6	7	13
Suma total	12	38	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 19. Actividad sexual actual y el uso de anticonceptivos

<i>Uso de anticonceptivos</i>	<i>Actividad sexual actual</i>		Suma total	
	NO	SI		
BARRERA		1	5	6
ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA		4	2	6
IMPLANTE INTRAUTERINO			7	7
IMPLANTE SUBDÉRMICO			1	1
INYECTABLES			9	9
NINGUNO		7	13	20
PASTILLAS			1	1
Suma total		12	38	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 20. Antecedente de citología previa y test previo de VPH

	TAMIZAJE PREVIO	
	SI	NO
CITOLOGÍA	36	14
TEST DE VPH	8	42
TOTAL	44	56

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 21. Paridad de las pacientes y test previo de VPH

<i>Número de hijos (Paridad)</i>	<i>Test previo de VPH</i>		Suma total
	NO	SI	
0	2	1	3
1	6	2	8
2-3	29	5	34
MÁS DE 4	5		5
Suma total	42	8	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 22: Antecedentes de infección por VPH y grupos de edad

<i>Edad (grupo)</i>	<i>Antecedente infección VPH</i>			<i>Suma total</i>	
	<i>NO</i>	<i>NO APLICA</i>	<i>SI, CRIOTERAPIA</i>		<i>SI, DESCONOCE</i>
30-39 años	2	16		1	19
40-49 años	2	14		2	18
50-59 años		12		1	13
Suma total	4	42	3	1	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 23: Antecedente de vacunación contra VPH y grupos de edad

<i>Edad (grupo)</i>	<i>Vacuna VPH</i>		<i>Suma total</i>
	<i>NO</i>	<i>SI</i>	
30-39 años	18	1	19
40-49 años	17	1	18
50-59 años	13		13
Suma total	48	2	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 24: Vacunación contra VPH y el nivel educativo de las participantes

<i>Nivel educativo</i>	<i>Vacuna VPH</i>		<i>Suma total</i>	
	<i>NO</i>	<i>SI</i>		
Analfabeta		2	2	
Bachillerato (general o técnico)		19	19	
Básica (1° a 9° grado)		14	14	
Técnico		4	4	
Universitario		9	2	11
Suma total		48	2	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 25: Infección por VPH y el antecedente de infección por ITS

<i>Antecedente infección VPH</i>	<i>Antecedente ITS</i>		<i>Suma total</i>
	<i>NO</i>	<i>SI</i>	
NO	4		4
NO APLICA	41	1	42
SI, CRIOTERAPIA	1	2	3
SI, DESCONOCE		1	1
Suma total	46	4	50

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 26: Fecha de última regla (FUR)

FUR	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MENOR DE 1 MES	24	48%
1 A MENOR DE 3 MESES	8	16%
3 A MENOR DE 6 MESES	5	10%
6 A MENOR DE 12 MESES	3	6%
MAYOR A 12 MESES	8	16%
DESCONOCIDA	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 27: Fecha de último parto (FUP)

FUP	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MENOR DE 1 AÑO	2	4%
1 A MENOR DE 5 AÑOS	8	16%
5 A MENOR DE 10 AÑOS	13	26%
MAYOR DE 10 AÑOS	23	46%
NO RECUERDA	1	2%
NO APLICA	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 28: Antecedente de partos prematuros

PREMATUREZ	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NINGUNO	48	96%
1 O MÁS	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 29: Antecedente de abortos

ABORTO	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NINGUNO	47	94%
1 ABORTO	2	4%
MAS DE 2 ABORTOS	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 30: Antecedente de número de hijos vivos

HIJOS VIVOS	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
V0	3	6%
V1-V3	42	84%
MAYOR V4	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.

Tabla No. 31: Orientación sexual

ORIENTACIÓN SEXUAL	FRECUENCIA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MUJERES	0	0%
HOMBRES	50	100%
TRABAJADORES/AS SEXUALES	0	0%
OTROS	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad. Factores de riesgo de mujeres de 30 a 59 años a las cuales se les realiza tamizaje de VPH en USI San Antonio Abad, Agosto a Septiembre de 2025.